

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

**Anmeldung zur Durchführung
eines weiterführenden
geriatrischen Assessments**

**Bitte per Fax an 0208 309-3124
oder per E-Mail an
sabine.hoepper@evkmh.de**

Rückrufnummer

Gewünschter Rückrufzeitraum (bitte mögliche Termine & Zeiträume angeben)

Um als geriatrische Institutsambulanz (GIA) ein weiterführendes geriatrisches Assessment durchführen zu dürfen, muss ein besonders aufwändiger geriatrischer Versorgungsbedarf bestehen, welcher aufgrund folgender Kriterien definiert wird:

Zwei der folgenden Syndrome (zutreffendes bitte ankreuzen) **müssen** vorhanden sein:

- Multifaktoriell bedingte Mobilitätsstörung einschließlich Fallneigung und Altersschwindel
- Komplexe Beeinträchtigung kognitiver, emotionaler oder verhaltensbezogener Art
- Gebrechlichkeit (Frailty-Syndrom) - Gewichtsverlust, Erschöpfung, Schwäche, verringerte Ganggeschwindigkeit, verminderte körperlicher Aktivität
- Dysphagie
- Inkontinenz(en)
- Therapierefraktäres chronisches Schmerzsyndrom
- Pflegegrad gemäß § 15 SGB XI

Zusätzlich muss vorhanden sein (bitte zutreffendes ankreuzen)

- Vorliegen der Ergebnisse eines geriatrischen Basisassessments entsprechend den Inhalten der Gebührenordnungsposition 03360. Die Durchführung des geriatrischen Basis-Assessments darf nicht länger als ein Quartal zurückliegen

Datum

Unterschrift Arzt