



**Anmeldende Praxis**

Name, Geburtsdatum der Patientin / des Patienten

Adresse

Kontaktperson mit Telefon

**Diagnosen (ggf. mit Datum Akut-Ereignis / OP):**

**Zusatzinformationen (z. B. Mobilität. Sozialanamnese), Fragestellung:**

Erfüllt besonders aufwendigen geriatrischen Versorgungsbedarf aufgrund folgender Kriterien:  
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- ☐ Pflegegrad gemäß § 15 SGB XI und mindestens eines der folgenden Symptome oder
- ☐ zwei der folgenden Symptome:
  - ☐ Multifaktoriell bedingte Mobilitätsstörung einschließlich Fallneigung und Altersschwindel
  - ☐ Komplexe Beeinträchtigung kognitiver, emotionaler oder verhaltensbezogener Art
  - ☐ Frailty-Syndrom (Kombinationen von unbeabsichtigtem Gewichtsverlust, körperlicher und/oder geistiger Erschöpfung, muskulärer Schwäche, verringerter Ganggeschwindigkeit und verminderter körperlicher Aktivität)
  - ☐ Dysphagie
  - ☐ Inkontinenz
  - ☐ Therapierefraktäres chronisches Schmerzsyndrom

**Zusätzlich muss vorhanden sein (Zutreffendes bitte ankreuzen):**

- ☐ Vorliegen der Ergebnisse eines geriatrischen Basisassessments (nicht länger als ein Quartal zurückliegend), entsprechend den Inhalten der Gebührenordnungsposition 03360
- ☐ Medikationsplan

Datum

Unterschrift Arzt mit Telefonnummer (möglichst Durchwahl) / Praxisstempel