

Anmeldung in der Geriatrischen Institutsambulanz

Krankenkasse bzw. Kostenträger
Name, Vorname des Versicherten
geb.

Anmeldende/r Arzt/Ärztin

Telefon-Nr. für Rückruf

Wünsche für Rückrufzeitraum (Tag, Uhrzeit)

Telefon-Nr. Pat.

Name, Telefon-Nr. u. ggf. E-Mail-Adresse Bezugsperson

Erfüllt besonders aufwendigen geriatrischen Versorgungsbedarf aufgrund folgender Kriterien:
(zutreffendes bitte ankreuzen) – **zwei müssen** vorhanden sein

- Multifaktoriell bedingte Mobilitätsstörung einschließlich Fallneigung und Altersschwindel
- Komplexe Beeinträchtigung kognitiver, emotionaler oder verhaltensbezogener Art
- Gebrechlichkeit (Kombinationen von unbeabsichtigtem Gewichtsverlust, körperlicher und/oder geistiger Erschöpfung, muskulärer Schwäche, verringerter Ganggeschwindigkeit und verminderter körperlicher Aktivität)
- Dysphagie
- Inkontinenz(en)
- Therapierefraktäres chronisches Schmerzsyndrom
- Pflegegrad gemäß § 15 SGB XI

Fragestellung: _____

Zusätzlich muss vorhanden sein und vor Termin gefaxt werden:

- **geriatrisches Basisassessment** (obligat standardisierter Test zur Selbstversorgungs-fähigkeit und Mobilität, fakultativ standardisierter Test zur Beurteilung einer Hirnleistungsstörung) entsprechend den Inhalten der Gebührenordnungsposition 03360. Die Durchführung des geriatrischen Basisassessments darf nicht länger als ein Quartal zurückliegen.
 - **Diagnosenliste**, relevante Vorbefunde
 - **Medikationsliste**
- ➔ **Überweisungsschein für die GIA zum Termin mitbringen**

Wichtige Hinweise:

- Voraussetzung für die GIA ist das geriatr. Basisassessment (Ziffer 03360)
- Tel. Abklärung mit Geriater (Ziffer 30980)
- Einleitung einer empfohlenen Therapie innerhalb von 4 Wochen (Ziffer 30988)

Datum

Stempel / Unterschrift Arzt / Ärztin