

Antwort: Bitte per Fax an: 040 1818831666

Anmeldung

zur Durchführung eines weiterführenden
geriatrischen Assessments im Rahmen der
Geriatrischen Institutsambulanz (GIA)
Asklepios Klinik Wandsbek
CA Dr. med. M. Lerch MBA

geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstättennummer	Arzt-Nr.	Datum

Ihre Rückrufnummer: _____

Gewünschter Rückruftermin: _____

Tel. Patienten: _____

Der/Die Patient/in erfüllt einen besonders aufwändigen 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 (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 eines geriatrischen Basisassessments (z.B. Barthel-Index; Timed up and Go) entsprechend 03360, nicht älter als ein Quartal zurückliegend
- Aktuelle Medikationsliste (BMP)
- OPTIONAL:** ggfls. weitere Befunde (aktuelle KH-E-Bericht, Pflegegrad, GdB, vorhandene Hilfsmittel, Heilmittelverordnung in den letzten 12 Mon., Therapieberichte etc.)

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

Hinweis zur Abrechnung: Für den Zuweiser ist die Vergütung **extrabudgetär**.

- Ziffer **03360** für das geriatrische Basisassessment
- Ziffer **30980** für die telefonische konsiliarische Abklärung mit einem Geriater
- Ziffer **30988** bei Einleiten einer empfohlenen Therapie innerhalb von vier Wochen