

Krankenhaus/Krankenkasse/Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

**Klinikum Main-Spessart Lohr**

Geriatrische Institutsambulanz | Chefärztin: Natalie Preis  
 Grafen-von-Rieneck-Straße 5 | 97816 Lohr a.Main  
 Tel.: 09352 505-7620 | Fax: 09352 505-7629  
 gia@klinikum-msp.de

## Anmeldung Geriatrische Institutsambulanz gemäß §118a SGB V

Angaben zum Patienten		
Telefon:	Pflegegrad:	Patient selbst auskunftsfähig: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Angaben zu auskunftsberechtigten Angehörigen		
Name:	Telefon:	
Vorsorgevollmacht oder gesetzlicher Betreuer: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		
Name:	Telefon:	
Vorsorgevollmacht oder gesetzlicher Betreuer: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		
Angaben zur Praxis		
Telefon:		
Anschrift:		
Mögliche Rückrufzeiten zur Terminvereinbarung:	<input type="radio"/> Mo <input type="radio"/> Di <input type="radio"/> Mi <input type="radio"/> Do <input type="radio"/> Fr	Uhrzeit:
Beratung/ Fallbesprechung	<input type="radio"/> persönlich <input type="radio"/> schriftlich <input type="radio"/> telefonisch	
Art der Beratung	<input type="radio"/> Erstberatung <input type="radio"/> Folgeberatung	
Letzter Aufenthalt KH/NFA (Grund):		
Ergebnisübermittlung	<input type="radio"/> schriftlich <input type="radio"/> telefonisch	
	<input type="radio"/> Einverständnis des Patienten liegt vor	

Angefordertes Leistungsspektrum zum Risikoprofil des Patienten
Patienten müssen das 70. Lebensjahr vollendet und mindestens zwei geriatrische Syndrome haben (alternativ mind. ein geriatrisches Syndrom und eine Pflegestufe). Abklärung zu: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Multifaktoriell bedingte Mobilitätsstörung einschließlich Fallneigung</li> <li><input type="radio"/> komplexe Beeinträchtigung kognitiver, emotionaler oder verhaltensbezogener Art</li> <li><input type="radio"/> Frailty-Syndrom (Gewichtsverlust, körperliche und/oder geistige Erschöpfung, muskuläre Schwäche, verringerte Ganggeschwindigkeit und verminderte körperliche Aktivität)</li> <li><input type="radio"/> Dysphagie</li> <li><input type="radio"/> Inkontinenz(en)</li> <li><input type="radio"/> Therapierefraktäres chronisches Schmerzsyndrom</li> <li><input type="radio"/> Pflegegrade gemäß §15 SGB XI</li> </ul>

Bemerkungen zum Behandlungsverlauf
------------------------------------

---



---

Fragestellungen bzw. gewünschte Informationen
---

---



---



---

Bitte vollständig beifügen:
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> geriatrisches Basis-Assessment entsprechend Inhalten nach GOP 03360 (nicht länger als ein Quartal zurückliegend)</li> <li><input type="radio"/> Diagnosenliste</li> <li><input type="radio"/> Epikrise</li> <li><input type="radio"/> Medikationsplan</li> <li><input type="radio"/> letzte Laborbefunde</li> <li><input type="radio"/> ggf. EKG</li> <li><input type="radio"/> weitere Untersuchungsbefunde (z.B. CT, Sonografie)</li> </ul>

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift des Arztes und Praxisstempel