

**Anmeldung zur Durchführung eines  
weiterführenden geriatrischen Assessments**  
(gemäß Gebührenordnungsposition 30980 in Verbindung mit 30981)

---

Praxis / Stempel / Rückrufnummern

---

Gewünschter Rückrufzeitraum (wenn möglich bitte Termine/Zeiträume zur Auswahl)

Patient: \_\_\_\_\_  
Name Geburtsdatum

\_\_\_\_\_ Straße

Telefonnummer PLZ, Wohnort

\_\_\_\_\_

Der Patient erfüllt 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
- Frailty-Syndrom (Kombinationen von unbeabsichtigtem Gewichtsverlust, körperlicher und/oder geistiger Erschöpfung, muskulärer Schwäche, verringerter Ganggeschwindigkeit und verminderter körperlicher Aktivität)
- Dysphagie
- Inkontinenz(en)
- Therapierefraktäres chronisches Schmerzsyndrom
- Pflegegrad: \_\_\_\_\_

Zusätzlich muss vorhanden sein (bitte zutreffendes ankreuzen)

- Vorliegen der Ergebnisse eines geriatrischen Basisassessments entsprechend den Inhalten der Gebührenordnungsposition 03360. Die Durchführung des geriatrischen Basisassessments darf nicht länger als ein Quartal zurückliegen
- Medikationsplan (gern auch als beigelegte Kopie):

Datum/Unterschrift Arzt \_\_\_\_\_