

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

**Klinikum Main-Spessart Marktheidenfeld**

Geriatrische Institutsambulanz | Chefärztin: Natalie Preiß  
 Baumhofstraße 93 | 97828 Marktheidenfeld  
 Tel.: 09391 502-2478 | Fax: 09391 502-2483  
 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
<p>Patienten müssen das 70. Lebensjahr vollendet und mindestens zwei geriatrische Syndrome haben (alternativ mind. ein geriatrisches Syndrom und eine Pflegestufe). Abklärung zu:</p> <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