



**Kreiskrankenhaus Emmendingen**

Krankenkasse bzw. Kostenträger
Name, Vorname des Versicherten
geb. am

**Anmeldung zur Abklärung vor  
Durchführung eines  
weiterführenden geriatrischen  
Assessments**

**Anmeldender Arzt / Ärztin**

**Rückrufnummer**

**Gewünschter Rückrufzeitraum** (bitte Termine/Zeiträume zur Auswahl)

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
- 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

**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
- Medikationsliste (gern auch als beigefügte Kopie), wenn vorhanden gerne auch fachärztliche Vorbefunde / Bildgebung
- Überweisungsschein für die GIA bitte mit oben genannten Befunden mitfaxen und als Original per Post zusenden

Datum

Stempel / Unterschrift Arzt / Ärztin

**Hinweis zur Abrechnung:** Für den niedergelassenen Arzt erfolgt die Vergütung extrabudgetär. Die Ziffer **03360** für das geriatrische Basisassessment ist die Voraussetzung zur Überweisung an die GIA und kann von dem Hausarzt abgerechnet werden. Des Weiteren kann der Hausarzt die Ziffer **30980** für die telefonische Abklärung mit dem Geriater abrechnen, egal ob der Patient in der GIA vorstellig wird oder ob die Problematik bereits telefonisch abgeklärt werden kann. Bei Einleiten einer empfohlenen Therapie innerhalb von vier Wochen kann der Hausarzt eine weitere Ziffer (**30988**) abrechnen.

Kreiskrankenhaus Emmendingen  
Geriatrische Instituts- und Sturzambulanz  
Ärztl. Leiter: Dr. Robert Kaufmann  
Sekretariat: Frau Adam  
Telefon: (07641) – 454-2371  
**Fax Anmeldung: (07641) – 454-2538**  
geriatrie@krankenhaus-emmendingen.de  
www.krankenhaus-emmendingen.de





## Geriatrisches Basisassessment

Patient: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ Durchführung am: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

### Teil 1: Beurteilung der Selbstversorgungsfähigkeit:

<b>Hamburger Manual zum Barthel-Index</b>	
<b>ESSEN</b>	
<input type="checkbox"/>	komplett selbständig oder selbständige PEG-Beschickung/-Versorgung
<input type="checkbox"/>	Hilfe bei mundgerechter Vorbereitung, aber selbständiges Einnehmen oder Hilfe bei PEG-Beschickung/-Versorgung
<input type="checkbox"/>	kein selbständiges Einnehmen und keine MS/PEG-Ernährung
<b>AUFSETZEN &amp; UMSETZEN</b>	
<input type="checkbox"/>	komplett selbständig aus liegender Position in (Roll-)Stuhl und zurück
<input type="checkbox"/>	Aufsicht oder geringe Hilfe (ungeschulte Laienhilfe)
<input type="checkbox"/>	erhebliche Hilfe (geschulte Laienhilfe oder professionelle Hilfe)
<input type="checkbox"/>	wird faktisch nicht aus dem Bett transferiert
<b>SICH WASCHEN</b>	
<input type="checkbox"/>	vor Ort komplett selbständig inkl. Zähneputzen, Rasieren und Frisieren
<input type="checkbox"/>	erfüllt dies nicht
<b>TOILETTENBENUTZUNG</b>	
<input type="checkbox"/>	vor Ort komplett selbständige Nutzung von Toilette oder Toilettenstuhl inkl. Spülung / Reinigung
<input type="checkbox"/>	vor Ort Hilfe oder Aufsicht bei Toiletten- oder Toilettenstuhlbenutzung oder deren Spülung / Reinigung erforderlich
<input type="checkbox"/>	benutzt faktisch weder Toilette noch Toilettenstuhl
<b>BADEN / DUSCHEN</b>	
<input type="checkbox"/>	selbständiges Baden oder Duschen inkl. Ein-/Ausstieg, sich reinigen und abtrocknen
<input type="checkbox"/>	erfüllt dies nicht
<b>AUFSTEHEN &amp; GEHEN</b>	
<input type="checkbox"/>	ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m ohne Gehwagen (aber ggf. mit Stöcken/Gehstützen) gehen
<input type="checkbox"/>	ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m mit Hilfe eines Gehwagens gehen
<input type="checkbox"/>	mit Laienhilfe oder Gehwagen vom Sitz in den Stand kommen und Strecken im Wohnbereich bewältigen alternativ: im Wohnbereich komplett selbständig im Rollstuhl
<input type="checkbox"/>	Der Patient erfüllt diese Voraussetzungen nicht.
<b>TREPPENSTEIGEN</b>	
<input type="checkbox"/>	ohne Aufsicht oder personelle Hilfe (ggf. inkl. Stöcken/Gehstützen) mindestens ein Stockwerk hinauf- und hinuntersteigen
<input type="checkbox"/>	mit Aufsicht oder Laienhilfe mind. Ein Stockwerk hinauf und hinunter
<input type="checkbox"/>	Der Patient erfüllt diese Voraussetzung nicht.
<b>AN- &amp; AUSKLEIDEN</b>	
<input type="checkbox"/>	zieht sich in angemessener Zeit selbständig Tageskleidung, Schuhe (und ggf. benötigte Hilfsmittel z.B. Antithrombose-Strümpfe, Prothesen) an und aus
<input type="checkbox"/>	kleidet mindestens den Oberkörper in angemessener Zeit selbständig an und aus, sofern die Utensilien in greifbarer Nähe sind
<input type="checkbox"/>	Der Patient erfüllt diese Voraussetzungen nicht.
<b>STUHLKONTINENZ</b>	
<input type="checkbox"/>	ist stuhlinkontinent, ggf. selbständig bei rektalen Abführmaßnahmen oder AP-Versorgung
<input type="checkbox"/>	ist durchschnittlich nicht mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent oder benötigt Hilfe bei rektalen Abführmaßnahmen / Anus-praeter(AP)-Versorgung
<input type="checkbox"/>	ist durchschnittlich mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent

HARNKONTINENZ	
<input type="checkbox"/>	ist harnkontinent oder kompensiert seine Harninkontinenz / versorgt seinen Dauerkatheter (DK) komplett selbständig und mit Erfolg (kein Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche)
<input type="checkbox"/>	kompensiert seine Harninkontinenz selbständig und mit überwiegendem Erfolg (durchschnittlich nicht mehr als 1x/Tag Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche) oder benötigt Hilfe bei der Versorgung seines Harnkathetersystems
<input type="checkbox"/>	ist durchschnittlich mehr als 1x/Tag harninkontinent
_____	Gesamtpunktzahl




## Teil 2: Beurteilung der Mobilität und Sturzgefahr

### Option A

„Timed Up & Go“		
<p>Der Proband sitzt auf dem Stuhl mit Armlehne (Sitzhöhe ca. 46 cm). Er darf ggf. ein Hilfsmittel (z.B. Stock) benutzen. Die Arme liegen locker auf den Armstützen und der Rücken liegt der Rückenlehne des Stuhles an. Beim Erreichen dieser Position hilft der Untersucher nicht mit. Nach Aufforderung soll der Proband aufstehen und mit normalem und sicherem Gang 3 Meter gehen (z.B. bis zu einer Linie, die dort auf dem Boden angezeichnet ist), sich dort umdrehen, wieder zurück zum Stuhl gehen und sich wieder setzen. Die dafür benötigte Zeit wird in Sekunden notiert.</p> <p>Vor der eigentlichen Zeitmessung kann der Proband den Bewegungsablauf üben. Der Untersucher darf den Bewegungsablauf einmal demonstrieren.</p>		
Durchführung des TUG möglich?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/>
Benötigte Zeit:	_____ s	
Hat der Patient eine Gehhilfe benutzt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/>
	_____ als Gehhilfe benutzt	

## ODER

### Option B

Tandem-Stand			
	Füße nebeneinanderstellen 10 Sekunden Gleichgewicht halten	<input type="checkbox"/> ≥	erreichte Zeit in Sekunden, wenn < 10 Sekunden: _____ s
	Füße halb hintereinanderstellen Ferse eines Fußes neben den großen Zeh des anderen Fußes stellen und 10 Sekunden Gleichgewicht halten	<input type="checkbox"/> ≥	erreichte Zeit in Sekunden, wenn < 10 Sekunden: _____ s
	Füße hintereinanderstellen Einen Fuß vor den anderen stellen und 10 Sekunden Gleichgewicht halten	<input type="checkbox"/> ≥	erreichte Zeit in Sekunden, wenn < 10 Sekunden: _____ s