



Überweisungsformular

zur Rückmeldung an das Studienzentrum Heidelberg

Vor und Nachname Patient*in: _____

Datum: _____

Telefonnummer Patient*in: _____

Name Hausarztpraxis: _____

Einschlusskriterien:

Ist der Patient/ die Patientin 70 Jahre oder älter?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Lebt der Patient/ die Patientin zu Hause oder im Betreuten Wohnen?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Ist der Patient/ die Patientin in der Lage (mit Hilfsmitteln) mindestens 10 Meter zu gehen?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Ist der Patient/ die Patientin gebrechlich („Clinical Frailty Scale“ Wert 4, 5 oder 6)?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	CFS-Wert: 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
Ist der Patient/ die Patientin aus medizinischen Gesichtspunkten in der Lage an einem Trainingsprogramm zur Verbesserung der Kraft und Koordination sowie zur Steigerung der Ausdauer teilzunehmen (Ausschlussdiagnosen, <i>Anlage 4</i>)?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

→ Wenn alle Fragen mit „JA“ beantwortet wurden, bitten wir Sie, dieses Formular an das Studienzentrum zu faxen.

Kontaktaten Studienzentrum:

Ansprechpartnerin:

Dr. Christian Werner

AGAPLESION BETHANIE K RANKENHAUS HEIDELBERG

Geriatrisches Zentrum der Universität Heidelberg

Rohrbacher Straße 149, 69126 Heidelberg

Email: prometheus@bethanien-heidelberg.de

Telefon: 06221/319 1760

Fax: 06221/319 1695

Stempel und Unterschrift Hausarzt