



## Überweisungsformular

zur Rückmeldung an das Studienzentrum Stuttgart

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.

### Kontaktdaten Studienzentrum:

#### Ansprechpartnerin:

Corinna Nerz

Robert-Bosch-Krankenhaus

Klinik für Geriatrische Rehabilitation

Auerbachstraße 110, 70376 Stuttgart

Email: [prometheus@rbk.de](mailto:prometheus@rbk.de)

Telefon: 0711/ 8101 – 6624

Fax: 0711/ 8101 – 3194

### Stempel und Unterschrift Hausarzt