



Überweisungsformular

zur Rückmeldung an das Studienzentrum Ulm

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:

Nacera Wolf-Belala

AGAPLESION BETHESDA KLINIK Ulm

Akademisches Krankenhaus der Universität Ulm

Zollernring 26, 89073 Ulm

Email: prometheus@bethesda-ulm.de

Telefon: 0731/ 187469

Fax: 0731/ 1873 3186

Stempel und Unterschrift Hausarzt