

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
Vertrags-Nr.:		
→ Tel.-Nr./Mobil:		
→ E-Mail:		

Patientenscreeningbogen

-Facharzt für Orthopädie-

Bitte die vollständigen Einschreibunterlagen **faxen** an:
02054 938 56 59

oder über den Dateupload hochladen via
dateiupload.damg.de bzw. über folgenden QR-Code:



Aufgrund der vorliegenden Untersuchungsbefunde bestehen keine ärztlichen Bedenken an einer Therapieteilnahme.

Diagnose mit Leitsymptomatik (gesicherte u. Verdachtsdiagnose; g/V), ggf. weitere wesentliche Befunde u. Behandlungsvorschläge sowie Dauer der Behandlung u. besondere Maßnahmen angeben

Indikationsschlüssel	ICD-10	Lok	Zu	g	v
1 _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2 _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3 _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4 _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bei Gemeinschaftspraxen bitte behandelnden Arzt im Stempel unterstreichen !					
_____		_____		_____	
DATUM		NAME ARZT		STEMPEL & UNTERSCHRIFT ARZT	

Wird aufgrund der oben aufgeführten Diagnose eine Operation nötig?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?	Wann?	<input type="checkbox"/> In 3 Monaten	<input type="checkbox"/> In 6 Monaten	<input type="checkbox"/> in 9 Monaten
-------------------------------	--------------------------------------	--------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Der Patientenscreeningbogen wird an die Deutsche Arzt AG, den betreuenden Leistungserbringer sowie ggf. an den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) weitergegeben. Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis gemäß § 67a Abs. 3 SGB X freiwillig erkläre, dass ich es jederzeit widerrufen kann und dass damit die Beendigung der Besonderen Versorgung verbunden ist.

Unterschrift des Patienten zur Datenfreigabe	Rückfragen unter 02054 / 938 56 88 (Case-Management)
--	---

Patientenscreeningbogen Facharzt für Orthopädie

Name, Vorname	Geb.-Datum	Versichertennummer																																		
<input type="checkbox"/>	Erstmeinung																																			
<input type="checkbox"/>	Zweitmeinung																																			
	- wenn ja: ist vom Erstbehandler eine OP Empfehlung ausgesprochen worden? Ja () Nein ()																																			
Modulauswahl:																																				
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2">Knie/Hüfte</th></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Modul OP-Vermeidung (konservative Physiotherapie + online Heimtraining NextPhysio)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Modul OP Vorbereitung (nur im Zweitmeinungsverfahren möglich)</td></tr> <tr><td colspan="2"> </td></tr> </table>	Knie/Hüfte		<input type="checkbox"/>	Modul OP-Vermeidung (konservative Physiotherapie + online Heimtraining NextPhysio)	<input type="checkbox"/>	Modul OP Vorbereitung (nur im Zweitmeinungsverfahren möglich)			<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2">Wirbelsäule</th></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Modul OP-Vermeidung (konservative Physiotherapie + online Heimtraining NextPhysio)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Modul OP Vorbereitung (nur im Zweitmeinungsverfahren möglich)</td></tr> <tr><td colspan="2"> </td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Chronische Rückenschmerzen (keine OP-Indikation)</td></tr> <tr><td colspan="2"> </td></tr> </table>	Wirbelsäule		<input type="checkbox"/>	Modul OP-Vermeidung (konservative Physiotherapie + online Heimtraining NextPhysio)	<input type="checkbox"/>	Modul OP Vorbereitung (nur im Zweitmeinungsverfahren möglich)			<input type="checkbox"/>	Chronische Rückenschmerzen (keine OP-Indikation)			<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2">Schulter/Ellenbogen</th></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Startmodul (8 TE)</td></tr> <tr><td colspan="2"> </td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align:center;">Entscheidung Operateur</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Keine OP</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Stationäre OP</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Kurz-stationäre OP</td></tr> </table>	Schulter/Ellenbogen		<input type="checkbox"/>	Startmodul (8 TE)			Entscheidung Operateur		<input type="checkbox"/>	Keine OP	<input type="checkbox"/>	Stationäre OP	<input type="checkbox"/>	Kurz-stationäre OP
Knie/Hüfte																																				
<input type="checkbox"/>	Modul OP-Vermeidung (konservative Physiotherapie + online Heimtraining NextPhysio)																																			
<input type="checkbox"/>	Modul OP Vorbereitung (nur im Zweitmeinungsverfahren möglich)																																			
Wirbelsäule																																				
<input type="checkbox"/>	Modul OP-Vermeidung (konservative Physiotherapie + online Heimtraining NextPhysio)																																			
<input type="checkbox"/>	Modul OP Vorbereitung (nur im Zweitmeinungsverfahren möglich)																																			
<input type="checkbox"/>	Chronische Rückenschmerzen (keine OP-Indikation)																																			
Schulter/Ellenbogen																																				
<input type="checkbox"/>	Startmodul (8 TE)																																			
Entscheidung Operateur																																				
<input type="checkbox"/>	Keine OP																																			
<input type="checkbox"/>	Stationäre OP																																			
<input type="checkbox"/>	Kurz-stationäre OP																																			
Individuelle Zielvereinbarung mit dem Patienten (nach SMART), aus der Lebenswelt des Patienten <hr/>																																				
Arbeitsunfähigkeit																																				
AU droht:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja																																		
AU-Zeiten:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, am _____																																		
zur Zeit AU:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit _____																																		
		(In den letzten 6 Monaten zur angegebenen Diagnose) <input type="checkbox"/> Krankengeldbezug																																		
aufgrund folgender Diagnose: _____																																				
Bisherige Diagnostik-/Therapiemaßnahmen in den letzten 12 Monaten:																																				
<input type="checkbox"/>	Medikamentenversorgung: (zur angegebenen Diagnose)	_____																																		
<input type="checkbox"/>	Radiologische Diagnostik (z.B. MRT, CT): (zur angegebenen Diagnose)	_____																																		
<input type="checkbox"/>	Heilmitteltherapie (zur angegebenen Diagnose)	_____																																		
<input type="checkbox"/>	Stationäre/Ambulante Rehabilitation	_____																																		
<input type="checkbox"/>	Schmerztherapie: (zur angegebenen Diagnose)	_____																																		
<input type="checkbox"/>	Operationen? wenn ja, welche:	_____																																		
<input type="checkbox"/>	Geplante begleitende Maßnahmen durch den Arzt (z.B. Akupunktur, Injektionen, PST):	_____																																		

Anlage 10 - Erklärung

zur Teilnahme an der Vereinbarung gemäß § 140a SGB V
über die Besondere Versorgung von Versicherten mit
Schulter- und Ellenbogenproblemen
- OP-Vermeidung -

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

ICD
Arzt-Nr.

Tel.-Nr. privat*

Tel.-Nr. dienstlich*

Fax-Nr.*

E-Mail-Adresse*

Die mit * gekennzeichneten Angaben sind freiwillig, erlauben uns aber eine schnelle und unbürokratische Kontaktaufnahme mit Ihnen bei Rückfragen und zu allen Belangen der Krankenversicherung und vielfältigen Leistungs- und Serviceangeboten der VIACTIV Krankenkasse. Dieser Nutzung können Sie jederzeit widersprechen.

Teilnahmeerklärung:

Hiermit erkläre ich,

- dass ich mich über den angegebenen Arzt in die Vereinbarung gemäß § 140a SGB V über die Besondere Versorgung „**OP-Vermeidung durch Zweitmeinung mit abgestimmtem Therapiekonzept bei drohenden Schulter- und Ellenbogenoperationen**“ (im Folgenden: „**OP-Vermeidung**“) freiwillig einschreibe.
- dass mich mein Arzt oder meine Krankenkasse ausführlich über die Inhalte der Versorgung im Rahmen der **OP-Vermeidung** und die Versorgungsziele sowie über die Aufgabenteilung zwischen meinem Arzt und dem teilnehmenden Physiotherapiezentrum sowie anderen Fachleuten und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung informiert hat. Hierbei können Untersuchungen vom niedergelassenen Orthopäden auch telemedizinisch gestützt durchgeführt werden, soweit es die einschlägige ärztliche Berufsordnung zulässt. Hierbei kann die KBV zertifizierte Videotechnologie, die auch die höchsten Datenschutzerfordernisse gemäß EU-DSGVO erfüllt, unter www.sprechstunde.online genutzt werden. Ich habe die beigefügte Patienteninformation erhalten, kenne sie und ich erkläre mich mit den Inhalten einverstanden. Mir ist bekannt,
- dass eine Teilnahme nur möglich ist, wenn und solange ich die Teilnahmevoraussetzungen erfülle.
- dass ich freiwillig an der Versorgung im Rahmen OP-Vermeidung teilnehme und diese Versorgung für mich kostenfrei ist, wenn ich von den gesetzlichen Zuzahlungen befreit bin und diese Erklärung **schriftlich, zur Niederschrift oder elektronisch innerhalb von zwei Wochen nach meiner Unterzeichnung gegenüber meiner Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen** kann. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung. Nach Ablauf dieser Frist sind Sie:
 - Bei Bestätigung der Operationsindikation bis zum Abschluss des Moduls OP-Vorbereitung oder
 - Bei der OP-Vermeidung bis 12 Monate nach der Abschlussanalyse durch den Physiotherapeuten (bei Vermeidung der Operation und Durchführung der Physiotherapie)

an ihre Teilnahme gebunden. Während der Dauer der zeitlichen Bindung kann die Teilnahme lediglich aus wichtigem Grund gekündigt werden. Einen wichtigen Grund stellen insbesondere ein nachhaltig gestörtes Arzt-Patienten-Verhältnis sowie ein Umzug des Teilnehmers dar. Bei Nichtteilnahme oder Kündigung werde ich außerhalb dieser Besonderen Versorgung genauso gut betreut wie bisher.

- dass ich mich während meiner Teilnahme an der OP-Vermeidung verpflichte regelmäßig und aktiv an der Physiotherapie teilzunehmen und auch Zuhause ein geeignetes Heimtraining durchführe. Komme ich meinen diesbezüglichen Verpflichtungen nicht nach, endet meine Teilnahme an der OP-Vermeidung mit einer Frist von 2 Wochen.

1. Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung und Entbindung von der Schweigepflicht:

Ich willige freiwillig in die auf Basis gesetzlicher und vertraglicher Grundlagen und unter Beachtung der Bestimmungen des SGB I und X, sowie der europäischen Datenschutzgrundverordnung EU-DSGVO erfolgende und notwendige Verarbeitung meiner im Rahmen der Versorgung innerhalb der OP-Vermeidung erhobenen medizinischen und persönlichen Daten unter <https://portal.ivmplus.de/> ein und habe die „Information zum Datenschutz“ (diesem Formular beigefügt) erhalten und zur Kenntnis genommen. Ich entbinde die an der Besonderen Versorgung beteiligten Leistungserbringer folgerichtig zu diesem Zweck von der ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 StGB. Ich weiß, dass ich diese Einwilligung verweigern oder jederzeit für die Zukunft widerrufen und als Folge nicht (mehr) an der Versorgung im Rahmen der OP-Vermeidung teilnehmen kann und die bis zu diesem Zeitpunkt rechtmäßig verarbeiteten Daten bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden. Die Widerrufserklärung kann ich richten an: VIACTIV Krankenkasse, Zentraler Posteingang, 44775 Bochum)

Unterschrift des Versicherten zu 1. und 2.:

T T M M J J J J

Bitte das heutige Datum eintragen.

Unterschrift des Versicherten bzw. seines gesetzlichen Vertreters

– Vom behandelnden Arzt auszufüllen –

Ich kenne die Inhalte des Vertrages nach § 140 a SGB V über die Besondere Versorgung von Versicherten mit Schulter- und Ellenbogenproblemen und bestätige die Einschreibung meines Patienten in die Versorgung im Rahmen der OP-Vermeidung aufgrund der folgenden gesicherten Diagnose _____ (ICD 10 angeben; vgl. § 2 des Vertrages). Ich erkläre meine Kooperationsbereitschaft mit dem Case Manager der Deutschen Arzt AG und dem Physiotherapeutischen Leistungserbringer hinsichtlich der Unterstützung und Optimierung der Versorgung.

T T M M J J J J

Bitte das heutige Datum eintragen.

Unterschrift

Stempel