

| | | |
|--------------------------------|------------------|--------|
| 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
- Hausarzt / Fachärzte (API) -

Bitte den kompletten PSB **faxen** an:
069 710 451 204 95

Aufgrund der vorliegenden Untersuchungsbefunde bitte ich um eine ärztliche Zweitmeinung für den oben genannten Patienten.

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"/> |
| <u>Bei Gemeinschaftspraxen bitte behandelnden Arzt im Stempel unterstreichen !</u> | | | | | |
| _____ | | _____ | | | |
| 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? | In 3 Monaten In 6 Monaten in 9 Monaten | |
| | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Der Patientenscreeningbogen wird an die Deutsche Arzt Management GmbH, 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 0 (Case-Management) |
|--|--|

| | | |
|----------------------|-------------------|---------------------------|
| | | |
| Name, Vorname | Geb.-Datum | Versichertennummer |

Voraussetzung

Zur Beauftragung der ärztlichen Zweitmeinung müssen mind. 3 der unten genannten Indikationen vorliegen.
 Bitte ankreuzen.

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Radiologischer Befund auffällig |
| <input type="checkbox"/> | Starke Belastungseinschränkung |
| <input type="checkbox"/> | Starke Bewegungseinschränkung |
| <input type="checkbox"/> | Schmerzsymptomatik > 12 Wochen (anhaltend oder rezidivierend) |

Risikofaktoren OP?

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Blutverdünnende Medikamente, welche? |
| <input type="checkbox"/> | Relevante Unverträglichkeiten Antibiotika, welche? |
| <input type="checkbox"/> | Relevante Unverträglichkeiten Narkose, welche? |
| <input type="checkbox"/> | Bekannte Herz-Kreislauf Probleme |
| <input type="checkbox"/> | Sonstiges: |

Arbeitsunfähigkeit

AU droht: nein ja

AU-Zeiten: nein ja, am _____ (In den letzten 6 Monaten zur angegebenen Diagnose)

zur Zeit AU: nein ja, seit _____ 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) | KGG: | KG/MT: | KMT: | Phys. Therapie: |
| <input type="checkbox"/> | Stationäre/Ambulante Rehabilitation | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Schmerztherapie: (zur angegebenen Diagnose) | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Operationen? wenn ja, welche: | | | | |