

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

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?	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

<input type="checkbox"/>	Erstmeinung
<input type="checkbox"/>	Zweitmeinung - wenn ja: ist vom Erstbehandler eine OP Empfehlung ausgesprochen worden? Ja () Nein ()

Modulauswahl:

Knie/Hüfte	Wirbelsäule	Schulter/Ellenbogen																				
<table border="1"> <tr> <td style="width: 30px;"><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> </table>	<input type="checkbox"/>	Modul OP-Vermeidung (konservative Physiotherapie + online Heimtraining NextPhysio)	<input type="checkbox"/>	Modul OP Vorbereitung (nur im Zweitmeinungsverfahren möglich)	<table border="1"> <tr> <td style="width: 30px;"><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><input type="checkbox"/></td> <td>Chronische Rückenschmerzen (keine OP-Indikation)</td> </tr> </table>	<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"> <tr> <td style="width: 30px;"><input type="checkbox"/></td> <td>Startmodul (8 TE)</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>	<input type="checkbox"/>	Startmodul (8 TE)	Entscheidung Operateur		<input type="checkbox"/>	Keine OP	<input type="checkbox"/>	Stationäre OP	<input type="checkbox"/>	Kurz-stationäre OP
<input type="checkbox"/>	Modul OP-Vermeidung (konservative Physiotherapie + online Heimtraining NextPhysio)																					
<input type="checkbox"/>	Modul OP Vorbereitung (nur im Zweitmeinungsverfahren möglich)																					
<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)																					
<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

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:				
<input type="checkbox"/>	Geplante begleitende Maßnahmen durch den Arzt (z.B. Akupunktur, Injektionen, PST):				