

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> <tr> <td colspan="2" style="height: 40px;"></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 colspan="2" style="height: 40px;"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Chronische Rückenschmerzen (keine OP-Indikation)</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="height: 40px;"></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="background-color: #cccccc;">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):				

**Teilnahme-/Einverständniserklärung der Versicherten
für ein strukturiertes Versorgungsmodell nach § 43
sowie §§ 140 a-d SGB V**

Krankenkasse:	VIACTIV Krankenkasse
---------------	-----------------------------

Name, Vorname:

Geb.-Datum:

Versicherten-Nr.:

Status:

Anschrift:

Telefon-Nr.:

Handy-Nr.:

Ich wünsche eine Behandlung auf Grundlage des vereinbarten integrierten Versorgungskonzeptes für Patienten mit chronischen Rückenschmerzen und Bandscheibenschäden.

Zu den Vertragspartnern dieses Versorgungsmodells gehören:

- die dem Vertrag beigetretenen Fachärzte und ggf. Hausärzte, Arbeitsmediziner sowie Werksärzte und akutstationären Einrichtungen,
- die dem Vertrag beigetretenen Psychologen u. Psychotherapeuten,
- das jeweilige Gesundheitszentrum,
- die Krankenkassen.

Hiermit erkläre ich,

- dass mich die Krankenkasse bzw. mein Erstbehandler ausführlich und umfassend über das Versorgungsmodell informiert hat,
- dass ich bereit bin, mich im erforderlichen Umfang aktiv und regelmäßig an der Behandlung zu beteiligen,
- dass ich darauf hingewiesen wurde, dass eine Therapieunterbrechung ohne ärztliche Bescheinigung von mehr als 4 Wochen den Abbruch des Versorgungsmodells zur Folge hat,
- dass ich auf die Freiwilligkeit der Teilnahme an dem Versorgungsmodell hingewiesen wurde und, dass ich jederzeit die Teilnahme an dem Versorgungsmodell schriftlich bei der Krankenkasse widerrufen kann,
- dass eine parallele Leistungsanspruchnahme, z.B. die Teilnahme an weiteren Modellen zur integrierten Versorgung oder anderen Therapien aufgrund der bestehenden chronischen Rückenschmerzen und Bandscheibenschäden, ausgeschlossen ist,
- dass ich darauf hingewiesen wurde, dass eine Teilnahme an dem Versorgungsmodell ausgeschlossen ist, wenn parallel ein Antragsverfahren für eine stationäre oder teilstationäre Rehabilitationsmaßnahme eingeleitet wurde,
- dass ich darauf hingewiesen wurde, dass es sich um ein zeitlich begrenztes Versorgungsmodell handelt und ich keinen Rechtsanspruch auf Wiederholung dieses Programms habe,
- dass ich ausführlich über die Selbstbehaltsregelung meiner Krankenkasse informiert worden bin,
- dass ich den unterzeichnenden Erstbehandler als koordinierenden Arzt wähle.

Ja, ich möchte an dem Versorgungsmodell bei chronischen Rückenschmerzen und Bandscheibenschäden teilnehmen und verpflichte mich, nur Ärzte, die an diesem Vertrag teilnehmen, in Anspruch zu nehmen.

Bitte das heutige Datum eintragen (TT.MM.JJJJ)

Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzl. Vertreters

Teilnahme-/Einverständniserklärung der Versicherten für ein strukturiertes Versorgungsmodell nach § 43 sowie §§ 140 a-d SGB V

Ihr Einverständnis

Zur optimalen Behandlung im Rahmen der Integrierten Versorgung und zur Qualitätssicherung ist es notwendig, bestimmte patientenbezogene Daten zu erfassen und zu verarbeiten (vgl. § 67a SGB X). Daher erkläre ich mich hiermit ausdrücklich einverstanden, dass

- Daten, sofern sie im Zusammenhang mit der durchzuführenden Diagnostik, der Aufstellung des Therapieplanes sowie dem Behandlungsergebnis stehen, von den behandelnden Vertragsärzten, Krankenhäusern und Therapiezentren nur unter strenger Beachtung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Bestimmung über den Datenschutz, der ärztlichen Schweigepflicht und des Sozialgeheimnisses an die Krankenkasse weitergegeben werden dürfen (vgl. § 67 Abs. 2 SGB X).
- Daten zum Zwecke wissenschaftlicher Forschung anonymisiert unter Beachtung der rechtlichen Rahmenbedingungen verarbeitet werden dürfen.
- zum Zweck der Qualitätssicherung therapiebegleitend eine telefonische Kontaktaufnahme durch die Therapiezentren erfolgt, in deren Verlauf Fragen zur medizinischen Versorgung und Patientenzufriedenheit gestellt und Terminvereinbarungen getroffen werden.
- zum Zweck der Qualitätssicherung Krankenunterlagen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkasse (MDK) eingesehen werden können. Ich bin damit einverstanden, dass die Daten in einem verschlossenen Umschlag der Krankenkasse zwecks Weiterleitung an den MDK zur Verfügung gestellt werden.

Ich kann der Weitergabe von Daten jederzeit und ohne Angabe von Gründen widersprechen. Das kann jedoch dazu führen, dass eine weitere Teilnahme an der Integrierten Versorgung nicht möglich ist.

Ich wurde darüber informiert, dass die beteiligten Leistungserbringer eine gemeinsame Dokumentation über die Befunddaten und den daraus resultierenden Therapieplan führen. Ich gestatte jedem der im Netzwerk mitwirkenden Leistungserbringer die Nutzung meiner Daten soweit es zur Behandlung meiner Krankheit notwendig ist.

Die gespeicherten Angaben werden nur solange wie notwendig gespeichert. Ohne eine derartige Einverständniserklärung kann eine sektorübergreifende bzw. interdisziplinäre Behandlung nicht erfolgen.

Ein Widerruf dieser Zustimmung ist jederzeit schriftlich möglich, bedeutet jedoch das Ausscheiden aus dem Versorgungsmodell. Im übrigen gelten die gesetzlichen Bestimmungen.

Bitte das heutige Datum eintragen (TT.MM.JJJJ)

Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzl. Vertreters

Ein Widerruf dieser Zustimmung ist jederzeit schriftlich möglich, bedeutet jedoch das Ausscheiden aus dem Versorgungsmodell. Im übrigen gelten die gesetzlichen Bestimmungen.

für eventuell entstehende Honorarforderungen (z. B. Selbstbehalte), diese an eine private Abrechnungsstelle treuhänderisch abgetreten werden. Die private Abrechnungsstelle wird ausschließlich nach den Weisungen der Therapiezentren tätig und unterliegt den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes sowie der Schweigepflicht. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, mit der Weitergabe der für die Rechnungsstellung notwendigen Daten (z.B. Rechnungsempfänger, Patient, Diagnose, erbrachte Leistungen) einverstanden zu sein.

Bitte das heutige Datum eintragen (TT.MM.JJJJ)

Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzl. Vertreters