

|                                |                  |         |
|--------------------------------|------------------|---------|
| 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 Unterlagen an das Casemanagement der DAMG übermitteln:



<https://dateiupload.damg.de>

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

Diagnose mit Leitsymptomatik (gesicherte o. 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 _____              | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> |     |    |   |   |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                      |  |     |    |   |   |  |                          |                          |                          |                          |
| 2 _____              | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> |     |    |   |   |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                      |  |     |    |   |   |  |                          |                          |                          |                          |
| 3 _____              | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> |     |    |   |   |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                      |  |     |    |   |   |  |                          |                          |                          |                          |
| 4 _____              | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> |     |    |   |   |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                      |  |     |    |   |   |  |                          |                          |                          |                          |

Bei Gemeinschaftspraxen bitte behandelnden Arzt im Stempel unterstreichen !

|       |           |                             |
|-------|-----------|-----------------------------|
| _____ | _____     | _____                       |
| DATUM | NAME ARZT | STEMPEL & UNTERSCHRIFT ARZT |

### Modulauswahl:

| Knie/Hüfte               |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Modul OP-Vermeidung<br>(konservative Physiotherapie +<br>online Heimtraining NextPhysio) |

| Wirbelsäule              |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Modul OP-Vermeidung<br>(konservative Physiotherapie +<br>online Heimtraining NextPhysio<br>+ online GruppenCoaching) |

### Übertrag Alltagsscores:

| Score (bitte nur den Wert der betroffenen Region eintragen) | Score-Wert |
|---|------------|
| Staffelsteinscore Knie                                      |            |
| Staffelsteinscore Hüfte                                     |            |
| Wirbelsäulenscore   |            |

Rückfragen unter 02054 / 938 56 0  
(Case-Management)

# Staffelstein-Score (Hüftgelenk)

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Hier betrachtete Hüfte:  rechts oder  links

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Techniker Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

|   |  | <b>Schmerz (max. 40 Punkte)</b>    |  | <b>P</b>   | <b>Eingangs-<br/>analyse</b> | <b>Abschluss-<br/>analyse</b> | <b>Re-<br/>Assessment</b> |
|---|--|------------------------------------|--|------------|------------------------------|-------------------------------|---------------------------|
| <b>Schmerz</b>                          | kein Schmerz bei ADL   |                                    |  | <b>40</b>  |                              |                               |                           |
|   | leichter, gelegentlicher oder unterschwelliger Schmerz, der die ADL nicht beeinflusst          |                                    |  | <b>30</b>  |                              |                               |                           |
|   | mittelgradige Schmerzen, evtl. mit Analgetika-Einnahme   |                                    |  | <b>20</b>  |                              |                               |                           |
|   | Schmerz beeinträchtigt deutl. die Arbeit und Alltagsverrichtungen, ständiger Analgetika-Bedarf |                                    |  | <b>10</b>  |                              |                               |                           |
|   | schwere Schmerzen, Pat stark eingeschränkt oder immobil  |                                    |  | <b>0</b>   |                              |                               |                           |
|   |  | <b>ADL (max. 40 Punkte)</b>        |  |            |                              |                               |                           |
| <b>Treppen steigen</b>                  | ohne Schwierigkeiten   |                                    |  | <b>5</b>   |                              |                               |                           |
|   | mit Schwierigkeiten oder mit Benutzung des Geländers   |                                    |  | <b>3</b>   |                              |                               |                           |
|   | mit großen Schwierigkeiten oder nicht möglich  |                                    |  | <b>0</b>   |                              |                               |                           |
| <b>Schuhe/Socken</b>                    | ohne Schwierigkeiten   |                                    |  | <b>5</b>   |                              |                               |                           |
|   | mit Schwierigkeiten  |                                    |  | <b>3</b>   |                              |                               |                           |
|   | nicht möglich  |                                    |  | <b>0</b>   |                              |                               |                           |
| <b>Gehstrecke</b>                       | unbegrenzt   |                                    |  | <b>5</b>   |                              |                               |                           |
|   | gehen am Stück bis 500 m möglich   |                                    |  | <b>4</b>   |                              |                               |                           |
|   | im Zimmer mobil  |                                    |  | <b>2</b>   |                              |                               |                           |
|   | immobil  |                                    |  | <b>0</b>   |                              |                               |                           |
| <b>Hinken</b>                           | flüssiger Gang   |                                    |  | <b>5</b>   |                              |                               |                           |
|   | leicht bis mittelgradig  |                                    |  | <b>3</b>   |                              |                               |                           |
|   | schwer   |                                    |  | <b>0</b>   |                              |                               |                           |
| <b>Hygiene (Körperpflege, Toilette)</b> | ohne Schwierigkeiten   |                                    |  | <b>5</b>   |                              |                               |                           |
|   | mit geringen Hilfen  |                                    |  | <b>3</b>   |                              |                               |                           |
|   | unselbständig  |                                    |  | <b>0</b>   |                              |                               |                           |
| <b>Öffentliche Verkehrsmittel</b>       | kann diese benutzen  |                                    |  | <b>5</b>   |                              |                               |                           |
|   | kann diese nicht benutzen  |                                    |  | <b>0</b>   |                              |                               |                           |
| <b>Gehhilfen</b>                        | kein   |                                    |  | <b>5</b>   |                              |                               |                           |
|   | UAG  |                                    |  | <b>4</b>   |                              |                               |                           |
|   | Rollator / Gehbock   |                                    |  | <b>3</b>   |                              |                               |                           |
|   | Rollstuhl  |                                    |  | <b>2</b>   |                              |                               |                           |
|   | bettlägerig  |                                    |  | <b>0</b>   |                              |                               |                           |
| <b>Aufstehen von Stuhl und Bett</b>     | ohne Schwierigkeiten   |                                    |  | <b>5</b>   |                              |                               |                           |
|   | mit geringen Hilfen  |                                    |  | <b>3</b>   |                              |                               |                           |
|   | unselbständig  |                                    |  | <b>0</b>   |                              |                               |                           |
|   |  | <b>Hüftgelenk (max. 40 Punkte)</b> |  |            |                              |                               |                           |
| <b>Flexion</b>                          | >= 100°  |                                    |  | <b>10</b>  |                              |                               |                           |
|   | 75-95°   |                                    |  | <b>5</b>   |                              |                               |                           |
|   | <= 70°   |                                    |  | <b>0</b>   |                              |                               |                           |
| <b>Extensionsdefizit</b>                | <=5°   |                                    |  | <b>10</b>  |                              |                               |                           |
|   | 10-25°   |                                    |  | <b>5</b>   |                              |                               |                           |
|   | >=30°  |                                    |  | <b>0</b>   |                              |                               |                           |
| <b>Abduktion</b>                        | >= 25°   |                                    |  | <b>10</b>  |                              |                               |                           |
|   | 15 –20°  |                                    |  | <b>5</b>   |                              |                               |                           |
|   | <= 10°   |                                    |  | <b>0</b>   |                              |                               |                           |
| <b>Gluteal-muskelkraft</b>              | 4/5 – 5/5  |                                    |  | <b>10</b>  |                              |                               |                           |
|   | 3/5  |                                    |  | <b>5</b>   |                              |                               |                           |
|   | 1/5 – 2/5  |                                    |  | <b>0</b>   |                              |                               |                           |
| <b>Summe:</b>                           |  |                                    |  | <b>120</b> |                              |                               |                           |

# Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung



|  |                  |        |
|--|------------------|--------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger                             |                  |        |
| Name, Vorname des Versicherten                             |                  |        |
| Kostenträgerkennung  | Versicherten-Nr. | Status |
| Betriebsstätten-Nr.  | Arzt-Nr.         | Datum  |
| Vom oben stehenden Datum<br>abweichender Behandlungsbeginn |                  |        |

TE\_140a\_V6\_06.2022\_N

|  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| Datum, Unterschrift des Versicherten (ab Alter 15) oder des gesetzlichen Vertreters (bis einschließlich Alter 14 des Versicherten oder bei dessen Betreuung) | Stempel der medizinischen Einrichtung |
|--|---------------------------------------|

# Versicherteninformation zur Besonderen Versorgung



## I. Informationen zur Teilnahme

Durch die Teilnahme erhalten Sie eine qualitativ hochwertige Behandlung.  
Im Informationsblatt zu diesem Versorgungsangebot finden Sie ausführliche Informationen.

### So können Sie teilnehmen

Sie entscheiden, ob Sie teilnehmen möchten. Sie erklären Ihre freiwillige Teilnahme einfach durch Ihre Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung.

### So können Sie Ihre Teilnahme widerrufen

Ihre Erklärung können Sie innerhalb von 2 Wochen nach Abgabe der Teilnahmeerklärung ohne Angabe von Gründen widerrufen, schriftlich (Brief an Techniker Krankenkasse, Stichwort "Besondere Versorgung", 85820 München), elektronisch (E-Mail an [service@tk.de](mailto:service@tk.de) oder Fax an 040 - 46 06 62 62 79) oder zur Niederschrift bei der Techniker Krankenkasse.

### Bindungsfrist und Gründe für eine vorzeitige Beendigung nach Ende der Widerrufsfrist

Die Teilnahme an dem Vertrag beginnt mit Ihrer Einschreibung. Während der Behandlung Ihrer Erkrankung sind Sie bis zum Behandlungsende (vgl. Konkretisierung in der Information zu diesem Versorgungsangebot) an Ihre Arztpraxis bzw. die Klinik gebunden, in der Sie behandelt werden. Unabhängig davon können Sie Ihre Teilnahme jederzeit beenden, sofern ein wichtiger Grund vorliegt. Ein wichtiger Grund für eine Beendigung Ihrer Teilnahme kann vorliegen, wenn Sie z. B. kein Vertrauen mehr in die Behandlungsmethode haben oder Ihr Vertrauensverhältnis zu den Sie behandelnden Leistungserbringern gestört ist. Ein solcher Grund liegt ebenfalls vor, wenn Ihre Leistungserbringer für Sie aufgrund eines Wohnortwechsels nicht erreichbar sind, da die neue Entfernung für Sie unzumutbar wäre. Sofern Sie Ihre Teilnahme aus einem wichtigen Grund beenden möchten, senden Sie uns Ihre Erklärung bitte in Textform (Brief, Fax oder E-Mail).

Bitte beachten Sie, dass Sie mit sofortiger Wirkung nicht mehr an dem besonderen Versorgungsangebot teilnehmen können, falls Sie sich für die Behandlung Ihrer Erkrankung nicht an die dargestellte Bindung halten. Ihre weitere Teilnahme wäre dann nur möglich, wenn Sie sich erneut mit einer Teilnahmeerklärung einschreiben und die Voraussetzungen für Ihre Teilnahme vorliegen. Für die Behandlung Ihrer Erkrankung können Sie weiterhin die im Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung - beschriebenen Leistungen beanspruchen.

## II. Informationen zum Datenschutz und zur Datenverarbeitung

Allgemeine Informationen zum Datenschutz bei der Techniker Krankenkasse gibt es auf [www.tk.de](http://www.tk.de) unter der Suchnummer 2019572. Sie können unseren Datenschutzbeauftragten postalisch erreichen: Bramfelder Straße 140, 22305 Hamburg oder per E-Mail kontaktieren: [datenschutz@tk.de](mailto:datenschutz@tk.de).

Gem. Art. 13 Abs. 1 a) der EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) ist folgende Einrichtung für die Erhebung der Daten verantwortlich:  
Techniker Krankenkasse, Bramfelder Straße 140, 22305 Hamburg

Soweit Sie zweifeln, dass Ihre Sozialdaten rechtmäßig erhoben und verarbeitet wurden, haben Sie das Recht der Beschwerde beim Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit, Graurheindorfer Str. 153, 53117 Bonn, [poststelle@bfdi.bund.de](mailto:poststelle@bfdi.bund.de) oder [poststelle@bfdi.de-mail.de](mailto:poststelle@bfdi.de-mail.de).

### Umgang mit Ihren Daten

Sie werden hiermit schriftlich darüber informiert, wie und wo Ihre Daten dokumentiert werden. Hierbei handelt es sich um personenbezogene Daten (Name, Vorname, Kontaktdaten, Geschlecht, Geburtsdatum), versicherungsbezogene Daten (Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus), Teilnahmedaten, Vertragsdaten sowie Gesundheitsdaten (Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Vergütungsbezeichnungen und ihren Wert, dokumentierte Leistungen, ggf. Operations- und Prozedurschlüssel, Verwaltungsdaten und Diagnosen nach ICD 10).

Die Daten werden zur Erfüllung der Aufgaben nach § 140a Abs. 5 SGB V (Besondere Versorgung) in Verbindung mit § 284 SGB V (Sozialdaten bei den Krankenkassen) erhoben, gespeichert und genutzt. Sie sind nicht verpflichtet, Ihre personenbezogenen Daten bereitzustellen. Ihre freiwillige datenschutzrechtliche Einwilligung ist jedoch eine Voraussetzung für die Datenverarbeitung, ohne die Ihre Teilnahme an diesem Versorgungsangebot nicht möglich ist. Sie haben jederzeit das Recht, bei allen Beteiligten die Daten über sich einzusehen und abzurufen. Diese können Sie berichtigen, einschränken, übertragen und löschen lassen. Ihre Teilnahmedaten werden bei der Techniker Krankenkasse regelmäßig 6 Jahre gespeichert und anschließend gelöscht, wenn sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

### Qualitätssicherung

Wir wollen, dass Sie bestmöglich behandelt werden. Deshalb prüfen wir laufend die Qualität der "Besonderen Versorgung" mit pseudonymisierten Daten. Natürlich werden dabei die Datenschutzgesetze vollständig eingehalten.

### Datenverarbeitung zur Dokumentation medizinischer Daten / Gesundheitsdaten

Bei der Behandlung erheben die Leistungserbringer einige Daten von Ihnen. Diese Daten gehören zur gängigen medizinischen Dokumentation und dienen dazu, die Qualität Ihrer Therapie zu sichern. Alle beteiligten Leistungserbringer können sie abrufen und nutzen. Sie unterliegen dabei der beruflichen Schweigepflicht. Manchmal werden dazu die Daten bei einer Dokumentationsstelle gespeichert. Dadurch können sich alle Beteiligten gut und schnell untereinander abstimmen. Ihre Daten sind geschützt und werden streng vertraulich behandelt. Wir von der Techniker Krankenkasse haben keinen Zugriff auf die medizinische Dokumentation oder Ihre medizinischen Befunddaten.

### Datenverarbeitung Ihrer Informationen zur Einschreibung

Die Leistungserbringer übermitteln Informationen zur Einschreibung - Ihre personenbezogenen Daten, Informationen zur Teilnahme und ggf. Abrechnungsdaten - über eine in der Teilnahmeerklärung angegebene Einrichtung an die Techniker Krankenkasse. Die Techniker Krankenkasse meldet das Ergebnis ihrer Prüfung (Einschreibung bei Leistungserbringer, Teilnahmedaten, Teilnahmestatus und ggf. Ablehnungsgründe) an die genannte Einrichtung zurück. Anschließend informiert die Einrichtung die Leistungserbringer.

### Datenübermittlung für Zwecke der Abrechnung durch Dienstleister

Die Leistungserbringer beauftragen auf Grundlage von § 295a SGB V eine andere Stelle mit der Abrechnung der erbrachten Leistungen Ihrer Behandlung. In der Teilnahmeerklärung steht, welche Daten von den Leistungserbringern dazu an die Abrechnungsstelle übermittelt werden. Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie ein, dass Ihre Daten an die Abrechnungsstelle übermittelt werden dürfen.

### Datenübermittlung von Teilnahmedaten für Zwecke der Abrechnung durch Dienstleister

Zur Vermeidung von Problemen bei der Abrechnung informiert der Leistungserbringer oder der Abrechnungsdienstleister uns über Ihre Einschreibung und Ihre Teilnahmedaten. Wir von der Techniker melden das Ergebnis unserer Prüfung (Einschreibung bei Leistungserbringer, Teilnahmedaten und Teilnahmestatus) an den Abrechnungsdienstleister oder den Leistungserbringer.

### Hier erfahren Sie mehr

Falls Sie Fragen haben, beraten wir Sie gern unter Tel. 0800 - 285 85 85. Weitere Informationen über die "Besondere Versorgung" oder weitere Angebote für Ihre Erkrankung erhalten Sie bei Ihren Leistungserbringern und auf [tk.de](http://tk.de).



## KAbO - Konservative Alternative bei bevorstehenden Operationen

Bei Rücken, Hüft- und Knieschmerzen gibt es häufig konservative und schonende Alternativen zu einer Operation. Im TK-Angebot „KAbO“ können Sie ein intensives Trainingsprogramm mit digitalen Elementen nutzen, um Ihren Alltag möglichst schmerzfrei zu gestalten.

### Das Wichtigste in Kürze

- Erkrankungsbereich: Wirbelsäule, Knie- und Hüftgelenke
- Therapie: intensives, konservatives Therapiekonzept
- Behandlungsregion: Baden-Württemberg, Bayern, Hessen, Thüringen, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Saarland und Schleswig-Holstein
- Zugangsmöglichkeit: bundesweit

Bitte beachten Sie, dass für die Übernahme der Fahrkosten die gesetzliche Regelung gilt.

### Details zur Behandlung

Probleme am Rücken, Hüft- oder Kniegelenk können zu einem eingeschränkten Bewegungsverhalten führen, Schmerzen verursachen und das alltägliche Leben erheblich beeinflussen. Trotzdem ist eine Operation nicht immer notwendig. Oftmals gibt es schonendere Alternativen. Betroffene sollten in jedem Fall genau abklären lassen, ob eine Operation erforderlich ist, da jeder operative Eingriff auch immer Risiken birgt. So können beispielsweise Gefäße oder Nerven beschädigt werden oder es entstehen Verwachsungen.

In dem Versorgungsangebot „KAbO“ können Sie eine konservative Alternative in Form eines fachübergreifenden, intensiven Therapiekonzeptes nutzen, um im Alltag wieder möglichst schmerzfrei und mobil zu sein.

Das Therapiekonzept wird durch ein Expert:innenenteam aus der Orthopädie und Physiotherapie individuell auf Sie zugeschnitten. Dabei stehen Ihre persönlichen Therapieziele im Fokus. Eine begleitende Patient:innenbefragung ermöglicht bei Bedarf eine flexible Anpassung Ihrer Behandlungsinhalte sowie eine stetige Erfolgskontrolle. Im Modul „Rücken“ erhalten Sie durch ein Online-Coaching in einer Kleingruppe außerdem wertvolle Informationen zu mentalen Aspekten, wie beispielsweise dem Thema Achtsamkeit.

Ein weiterer Vorteil für Sie: Im Anschluss an die Therapie können Sie drei Monate ein spezielles Online-Heimtraining zeit- und ortonabhängig nutzen, um die erlernten Strategien in den Alltag zu integrieren und dadurch Ihre Therapieerfolge langfristig zu sichern.

### Ihre Vorteile auf einen Blick

Sie profitieren gleich mehrfach von dem Versorgungsangebot:

- Sie erhalten kurzfristig, in der Regel innerhalb von sieben Werktagen, einen Termin zur Erstuntersuchung bei einem Orthopäden oder einer Orthopädin.
- Sie erfahren, welche Chancen und Risiken eine Operation mit sich bringt und lernen Behandlungsalternativen kennen.
- Individuelle, bedarfsgerechte Therapie- und Behandlungspläne werden gemeinsam mit Ihnen erstellt und alle notwendigen Schritte für Sie in die Wege geleitet.
- Sie erhalten eine intensive physiotherapeutische Begleitung, um das für Sie optimale Ergebnis für Ihre Rücken- und Gelenkgesundheit zu erzielen.
- Im Anschluss an die Physiotherapie erhalten Sie Zugang zu einem speziellen Online-Heimtraining, um die neu erlernten Strategien langfristig in Ihren Alltag zu integrieren.

## **So nehmen Sie teil**

Ihre Teilnahme ist freiwillig.

Nach dem Erstgespräch in der am Vertrag teilnehmenden Praxis unterschreiben Sie eine "Teilnahmeerklärung zur Besonderen Versorgung". Diese geben Sie dort zurück. Alternativ besteht die Möglichkeit, dass Sie sich in der Praxis über Ihr Smartphone oder ein Tablet durch Scannen eines QR-Codes auf der Teilnahmeerklärung elektronisch in den Vertrag einschreiben.

## **Bindungsfrist**

Während der Behandlung sind Sie an die am Vertrag teilnehmenden Ärzt:innen und Physiotherapeut:innen gebunden. Ihre Behandlung und die Bindungsfrist enden mit Abschluss der letzten Untersuchung. Parallele physiotherapeutische Leistungen außerhalb dieses Versorgungsangebots sind nicht vorgesehen.

Unabhängig davon können Sie Ihre Teilnahme jederzeit beenden, sofern ein wichtiger Grund vorliegt.

## **So nehmen Sie Kontakt auf**

Alle teilnehmenden Ärzt:innen und Physiotherapeut:innen können Sie auf der Internetseite unseres Kooperationspartners Deutsche Arzt Management GmbH unter <https://www.damg.de/> in der Rubrik „Finden Sie unsere Partnerärzte und Physiotherapeuten“ suchen und finden.

Gern senden wir Ihnen eine Übersicht per Post zu:

### **TK-ServiceTeam**

0800 - 285 85 85 (gebührenfrei innerhalb Deutschlands)

## **Fragen zum Behandlungsangebot**

Unser Team vom TK-PatientenService berät Sie gern:

Telefon: 040 - 46 06 62 01 70

Mo. - Do. 8 - 18 Uhr

Fr. 8 - 16 Uhr