

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 _____	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>
2 _____	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>
3 _____	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>
4 _____	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		<p><b><u>Bei Gemeinschaftspraxen bitte behandelnden Arzt im Stempel unterstreichen !</u></b></p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <p>DATUM                      <b>NAME ARZT</b>                      STEMPEL &amp; UNTERSCHRIFT ARZT</p>									

**Wird aufgrund der oben aufgeführten Diagnose eine Operation nötig?**

<input style="width: 40px; height: 30px;" type="checkbox"/>	nein	<input style="width: 40px; height: 30px;" type="checkbox"/>	ja, welche?		<b>Wann?</b>						
				<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center; padding: 2px;">In 3 Monaten  </td> <td style="width: 33%; text-align: center; padding: 2px;">In 6 Monaten  </td> <td style="width: 33%; text-align: center; padding: 2px;">in 9 Monaten</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/></td> </tr> </table>		In 3 Monaten	In 6 Monaten	in 9 Monaten	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>
In 3 Monaten	In 6 Monaten	in 9 Monaten									
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" 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	<p><b>Rückfragen unter 02054 / 938 56 0 (Case-Management)</b></p>
--	---

<b>Name, Vorname</b>	<b>Geb.-Datum</b>	<b>Versichertennummer</b>

<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):				