

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 Einschreibunterlagen **faxen** an:
02054 938 56 59

oder über den Dateupload hochladen via
dateiupload.damg.de bzw. über folgenden QR-Code:



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?	<input type="checkbox"/> In 3 Monaten	<input type="checkbox"/> In 6 Monaten	<input type="checkbox"/> in 9 Monaten
-------------------------------	--------------------------------------	--------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Der Patientenscreeningbogen wird an die Deutsche Arzt AG, 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 88 (Case-Management)
--	---

Patientenscreeningbogen Facharzt für Orthopädie

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:																																		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">Knie/Hüfte</th> </tr> <tr> <td style="width: 20px;"><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>	Knie/Hüfte		<input type="checkbox"/>	Modul OP-Vermeidung (konservative Physiotherapie + online Heimtraining NextPhysio)	<input type="checkbox"/>	Modul OP Vorbereitung (nur im Zweitmeinungsverfahren möglich)			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">Wirbelsäule</th> </tr> <tr> <td style="width: 20px;"><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>	Wirbelsäule		<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" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">Schulter/Ellenbogen</th> </tr> <tr> <td style="width: 20px;"><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>	Schulter/Ellenbogen		<input type="checkbox"/>	Startmodul (8 TE)	Entscheidung Operateur		<input type="checkbox"/>	Keine OP	<input type="checkbox"/>	Stationäre OP	<input type="checkbox"/>	Kurz-stationäre OP
Knie/Hüfte																																		
<input type="checkbox"/>	Modul OP-Vermeidung (konservative Physiotherapie + online Heimtraining NextPhysio)																																	
<input type="checkbox"/>	Modul OP Vorbereitung (nur im Zweitmeinungsverfahren möglich)																																	
Wirbelsäule																																		
<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)																																	
Schulter/Ellenbogen																																		
<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 <hr/>																																		
Arbeitsunfähigkeit																																		
AU droht:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja																																
AU-Zeiten:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, am _____																																
zur Zeit AU:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit _____																																
		(In den letzten 6 Monaten zur angegebenen Diagnose)																																
		<input type="checkbox"/> 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:																														
<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):																																	

