

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



Vertragsteilnehmer
HNO-Verbund e.V.
Zentrum für Schlafmedizin Dr. Warmuth

1000004



MODUL A - Screening

Integrierte Versorgung Schlafapnoe in der Region Berlin-Brandenburg nach § 140b SGB V
Mitteilung über durchgeführte Behandlung

Hauptdiagnose <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>ICD 10, akt. Version</small>	<input type="checkbox"/> Verdachtsdiagnose <input type="checkbox"/> Zustand nach <input type="checkbox"/> gesicherte Diagnose <input type="checkbox"/> ausgeschlossene Diagnose	Nebendiagnose <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>ICD 10, akt. Version</small>	<input type="checkbox"/> Verdachtsdiagnose <input type="checkbox"/> Zustand nach <input type="checkbox"/> gesicherte Diagnose <input type="checkbox"/> ausgeschlossene Diagnose
--	--	--	--

Leistung	
standardisierte Anamnese	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
klinisch-symptombezogene Untersuchung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Epworth-Sleepiness-Scale	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
weiterer Fragebogen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Spirometrie / Bodyplethysmographie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Basislabor (Blutbild, Blutgasanalyse, Blutzucker) und BMI	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Polygraphie der kardiorespiratorischen Parameter	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
optionale Zusatzdiagnostik:	
kardiologische Untersuchung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
neurologisch-psychiatrische Untersuchung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Abklärung in MODUL B - HNO erfolgt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
HNO-Praxis:	
Arztbrief gesandt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Arztbrief erhalten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Behandlungstage des Pneumologen	_____
Überleitung in MODUL C	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input checked="" type="checkbox"/> SL Dr. Warmuth	
keine Integrierte Versorgung laut Vertrag und Abrechnung über KV	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Vorstellung im Schlaflabor <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Ende der Integrierten Versorgung zum <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
---	--

Ich erkläre, dass ich die Indikation gemäß dem Vertrag zur Integrierten Versorgung festgestellt, den Patienten über die Leistungen im Rahmen des Vertrages umfassend beraten und die Behandlung nach den Leitlinien des Vertrages durchgeführt habe. Die Teilnahmeerklärung des Patienten füge ich dieser Mitteilung bei.

Ich bevollmächtige die Servicestelle die vertraglich vereinbarten Vergütungen festzustellen und die festgestellten Beträge in meinem Namen und auf meine Rechnung gegenüber der zuständigen Krankenkassen nach Abschluss der Integrierten Versorgung abzurechnen. Das Recht zum Empfang der abgerechneten Beträge (Inkassovollmacht) ist nicht Gegenstand dieser Vollmacht. Die Servicestelle kann mich im Rahmen der monatlichen Rechnungsübersichten über die abgerechneten Beträge in Kenntnis setzen. Die Überwachung der Zahlungseingänge obliegt in vollem Umfang mir. Bei festgestellten Unregelmäßigkeiten werde ich die Servicestelle mit der Bitte um Vermittlung einschalten.

Vertragsarztstempel/Unterschrift des Arztes

Datum

Institutionskennzeichen des Arztes