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

CONVEMA

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

10000004

MODUL C - Schlafdiagnostik Schlaflabor - Therapieeinstellung

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

Hauptdiagnose □□□.□□□ *ICD 10, akt. Version*	☐ Verdachtsdiagnose ☐ Zustand nach ☐ gesicherte Diagnose ☐ ausgeschlossene Diagnose	**Nebendiagnose** □□□.□□□ *ICD 10, akt. Version*	☐ Verdachtsdiagnose ☐ Zustand nach ☐ gesicherte Diagnose ☐ ausgeschlossene Diagnose

Schlafdiagnostik Schlaflabor (SD)

erweiterte Anamnese	☐ ja ☐ nein
biometrische Daten	☐ ja ☐ nein
Auswertung Fragebogen und ggf. Schlaftagebuch	☐ ja ☐ nein
erweiterte Funktionsdiagnostik	☐ ja ☐ nein
diagnostische Polysomnographie	☐ ja ☐ nein
optional:	
Vigilanztest (z.B. MSLT, ESS, McWorth-Uhr)	☐ ja ☐ nein

Therapieeinstellung (TE)

Auswahl und Verordnung eines geeigneten Therapiegeräts	☐ ja ☐ nein
Gerät: _____	
Fachhändler: _____	
Zählerstand: _____ *Betriebsstunden*	
Mitteilung an Krankenkasse	☐ ja ☐ nein
Auswahl und Anpassung der Maske	☐ ja ☐ nein
Übungsphase des Patienten zur Adaption an die Positivdrucktherapie und zur Behebung von Maskenproblemen	☐ ja ☐ nein
nächtliche Titration d. Behandlungsdrucks	☐ ja ☐ nein
kontinuierliche Patientenschulung	☐ ja ☐ nein
Überleitung in MODUL D	☐ ja ☐ nein

Vorstellung Facharzt/Somnologe vereinbart zum □□.□□.20□□

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.

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.

Datum

□□□□□□□□□
Institutionskennzeichen des Arztes

Vertragsarztstempel/Unterschrift des Arztes

MC - Stand: April 2019 - Änderungen vorbehalten.

CONVEMA GmbH - Servicestelle für Vertragspartner
T 030 259 38 61-400 / F 030 259 38 61-499 / M servicestelle@convema.com