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

CONVEMA

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

*10000004*

# MODUL G - Standardisierte Therapiekontrolle

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

| **Hauptdiagnose**<br>□□□.□□□<br>*ICD 10, akt. Version* | ☐ Verdachtsdiagnose<br>☐ Zustand nach<br>☐ gesicherte Diagnose<br>☐ ausgeschlossene Diagnose | **Nebendiagnose**<br>□□□.□□□<br>*ICD 10, akt. Version* | ☐ Verdachtsdiagnose<br>☐ Zustand nach<br>☐ gesicherte Diagnose<br>☐ ausgeschlossene Diagnose |
|---|---|---|---|

**Leistung**

| | |
|---|---|
| Anamnese | ☐ ja ☐ nein |
| Epworth-Sleepiness-Scale | ☐ ja ☐ nein |
| körperliche Untersuchung | ☐ ja ☐ nein |
| Compliance | ☐ ja ☐ nein |

Zählerstand: _____ Betriebsstunden

| | |
|---|---|
| Polygraphie der kardiorespiratorischen Parameter (polygraphisches Screening) während der Nacht nach den Kriterien der DGSM | ☐ ja ☐ nein |
| synoptische Bewertung | ☐ ja ☐ nein |

optional:

| | |
|---|---|
| Anpassung des Behandlungsdrucks erforderlich | ☐ ja ☐ nein |
| Korrekturen (z.B. der Maske) erforderlich | ☐ ja ☐ nein |
| **Überleitung in MODUL F oder H** | ☐ ja ☐ nein |
| **ggf. Überleitung in MODUL C**<br>u.a. Anpassung des Druckniveaus | ☐ 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*

MG - 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