

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

\*10000004\*



## MODUL D - Patientenbetreuung

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

**Mitteilung über durchgeführte Behandlung**

<p><b>Hauptdiagnose</b></p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <span style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></span> <span style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></span> <span style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></span> <span style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></span> <span style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></span> <span style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></span> <span style="font-size: 24px; margin: 0 5px;">.</span> <span style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></span> <span style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></span> </div> <p style="font-size: 10px; margin-top: 5px;">ICD 10, akt. Version</p>	<p><input type="checkbox"/> Verdachtsdiagnose  <input type="checkbox"/> Zustand nach  <input type="checkbox"/> gesicherte Diagnose  <input type="checkbox"/> ausgeschlossene Diagnose</p>	<p><b>Nebendiagnose</b></p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <span style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></span> <span style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></span> <span style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></span> <span style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></span> <span style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></span> <span style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></span> <span style="font-size: 24px; margin: 0 5px;">.</span> <span style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></span> <span style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></span> </div> <p style="font-size: 10px; margin-top: 5px;">ICD 10, akt. Version</p>	<p><input type="checkbox"/> Verdachtsdiagnose  <input type="checkbox"/> Zustand nach  <input type="checkbox"/> gesicherte Diagnose  <input type="checkbox"/> ausgeschlossene Diagnose</p>
---	---	---	---

<b>Leistung</b>	
Recall <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</span> Pathophysiologie <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</span> Selbsthilfe <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</span>	
Umgang mit dem Therapiegerät <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</span> Zählerstand: _____ Betriebsstunden	
<b>Überleitung in MODUL E</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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

