

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

10000004



MODUL E - Erstkontrolle

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	
Anamnese	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
körperliche Untersuchung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Compliance (Auslesen der Betriebsstunden)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zählerstand: _____ Betriebsstunden	
Epworth-Sleepiness-Scale	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Polygraphie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
synoptische Bewertung	
optional:	
Anpassung des Behandlungsdrucks erforderlich <i>bei „ja“ → MODUL C</i>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Korrekturen (z.B. der Maske) erforderlich	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Überleitung in MODUL F	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
ggf. Überleitung in MODUL C <i>u.a. Anpassung des Druckniveaus</i>	<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