

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

Bitte nur Originaldokument verwenden! geb. am

Übersendung nur per Post.

Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

STEUERUNGSBOGEN INDIVIDUELLE PATIENTENBEGLEITUNG

Anlage IV zum Vertrag zur Durchführung der Versorgungssteuerung und Patientenbegleitung in Baden-Württemberg



Alles Gute.



HOTLINE 07154 1316-700

Mo. bis Fr. von 08:00 Uhr bis 20:00 Uhr

Hauptdiagnosegruppe*:

<input type="checkbox"/> Ischämische Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/> Zerebrale Blutungen / Ischämien
<input type="checkbox"/> Spätfolgen zerebrovaskulärer Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Organische/psychische Störungen	<input type="checkbox"/> Depression
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Frakturen	<input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall
<input type="checkbox"/> Kreuzbandruptur	* Bitte nur eine ankreuzen!	
		<input type="checkbox"/> Einzelfall

Gesicherte relevante Diagnose(n) (ICD-10-Diagnose(n) und Ausformulierung)	ICD-10	DSK	Lokali- sation	Klartext
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erfolgte Maßnahmen	<input type="checkbox"/> Medikation	<input type="checkbox"/> Operative Versorgung
	<input type="checkbox"/> Krankenhaus	am _____
	<input type="checkbox"/> Facharztbehandlung	<input type="checkbox"/> Rehabilitation
	<input type="checkbox"/> Hilfsmittelversorgung	<input type="checkbox"/> Heilmittel

Voraussichtliche Arbeitsunfähigkeit	<input type="checkbox"/> unter 6 Wochen	<input type="checkbox"/> über 6 Wochen
-------------------------------------	---	--

Erhalt der Selbständigkeit gefährdet	<input type="checkbox"/> ja
	<input type="checkbox"/> nein

Durch die Patientenbegleitung einzuleitende Maßnahmen	<input type="checkbox"/> Wiedereingliederung	<input type="checkbox"/> Haushaltshilfe
	<input type="checkbox"/> Rehabilitation	<input type="checkbox"/> Häusliche Krankenpflege
	<input type="checkbox"/> AHB-Verfahren	<input type="checkbox"/> Hilfsmittelversorgung
	<input type="checkbox"/> Besondere Versorgungsformen (z.B. DMP)	<input type="checkbox"/> Psychotherapeutische Behandlung
	<input type="checkbox"/> Leistungen der Pflegeversicherung	<input type="checkbox"/> Keine Maßnahmen
	<input type="checkbox"/> Sonstiges:	

Bemerkungen	
-------------	--

Für Rückfragen steht Ihnen die Individuelle Patientenbegleitung unter der o.g. Rufnummer zur Verfügung.

Stempel und Unterschrift Ärztin/Arzt	Datum/Quartal
--------------------------------------	---------------