



Name der Krankenkasse		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Dokumentation Integrierte Versorgung Diabetes für Krankenkassen

Bitte per Fax an die m&i-Fachklinik Herzogenaurach, Herrn OA Dr. A. Diener: **Fax: 0 91 32 - 83 - 10 36**
zur Weiterleitung an den Kostenträger

Diabetes mellitus: Typ 1 Typ 2 sonstiger Typ seit

Teilnahme am DMP Diabetes: Ja Nein

Bisherige Behandlung in der Schwerpunktpraxis seit Quartalen; vollständige Schulung durchgeführt am

Ist die beantragte Vorsorge - bzw. Rehabilitationsleistung vor Ablauf der gesetzlichen Wartezeit von 4 Jahren dringend medizinisch notwendig?

Begründung:
.....

Indikation für die stationäre Aufnahme:

- Neumanifestation eines Typ 1 Diabetes mit erschwerter Schulungs- und Behandlungsmöglichkeit, ggf. unter Einbeziehung von Angehörigen.
- Diabetes mellitus Typ 1 (ggf. Typ 2) bei Kindern und Jugendlichen zur Schulung und Stoffwechseleoptimierung bzw. Anpassung an den aktuellen Entwicklungsstand des Kindes/Jugendlichen mit besonderen Schwierigkeiten in der Betreuung.
- Ätiologisch nicht erklärbare, symptomatisch relevante Über- und Unterzuckerungen (Brittle-Diabetes), die eines besonderen multimodalen Ansatzes bedürfen (auch Hypoglykämiewahrnehmungsstörung).
- Neueinstellung oder Therapieoptimierung bei besonders komplizierter Insulinpumpentherapie.
- Neueinstellung oder Therapieoptimierung eines Patienten mit Typ 2 Diabetes und fortgeschrittenen Komplikationen (Augen, Nieren, Nervensystem, Füße, Herz- und Gefäßsystem), welche eine Schulung und Einstellung in besonderem Maße erschweren.
- Neumanifestation oder Therapieoptimierung bei geriatrischen Patienten mit Notwendigkeit einer Spezialschulung.
- Schwere, ambulant nicht therapierbare Insulinresistenzen bei Typ 1 oder Typ 2 Diabetes.
- Depressivität, dysfunktionale Ängste, Essstörungen, belastendes psychosoziales Umfeld bei Typ 1 oder Typ 2 Diabetes.
- Präkonzeptionelle Therapieoptimierung oder Ersteinstellung bei Schwangeren mit Diabetes, bzw. Gestationsdiabetes.
- Ersteinstellung oder Therapieoptimierung eines Diabetes beim Vorliegen einer ausgesprochenen Multimorbidität.
- Diabetisches Fußsyndrom, das unter ambulanten Bedingungen nicht zur Abheilung gebracht werden kann, aber nicht akut operationsbedürftig ist (keine unmittelbare akut stationäre Behandlung erforderlich).
- Fortschreiten von Folgeerkrankungen, insbesondere Polyneuropathien, Nephropathien, Retinopathien, Herz/Kreislaufkomplikationen.
- Überdurchschnittliche Gewichtszunahme im Rahmen der Diabetestherapie.
- Sonstige Indikationen:

Bankverbindung für Erstattung der Aufwandspauschale:

Konto-Nr.: **BLZ:** **Bank:**

.....
Datum / Unterschrift / Stempel

Sonstige wichtige Informationen z.B. spezieller Zielauftrag, gewünschter Aufnahmetag:

.....
.....
.....
.....

Das Ausfüllen der folgenden Punkte ist nicht erforderlich, wenn eine Kopie des letzten DMP-Dokumentationsbogens beigefügt wird.

Letzte Therapie (Medikamente):

Diabetesbezogene Therapie mit Angabe der Präparate und Dosis:

- Insulin
- SH
- Metformin
- Glitazone
- Glinide
- α -Glukosidase-Hemmer

Sonstige wichtige Medikation (z.B. Hypertonie, KHK, Steroide etc.):

.....
.....
.....

Diabeteskomplikationen / Begleiterkrankungen mit Angabe des Schweregrades:

- Retinopathie
- Nephropathie
- Neuropathie
- Hypertonie
- KHK
- AVK
- cerebrovaskuläre Erkrankungen
- sonstige Komplikationen / Begleiterkrankungen

Labor: (auch Kopie der letzten Werte/Befunde):

Letzter HbA1c.....% (Datum.....)
 Häufigkeit von Hypoglykämien unter 50 mg/dl (2,8 mmol/l)

LDL-Cholesterin mg/dl
 HDL-Cholesterin mg/dl
 Creatinin mg/dl
 Blutdruck mm/Hg

Infotelefon: m&i-Fachklinik Herzogenaurach, OA Dr. A. Diener 0 91 32 - 83 - 10 32

Name der Krankenkasse		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Teilnahmeerklärung der Versicherten

zur Integrierten Versorgung von Patienten mit Diabetes

Ich bin damit einverstanden,

- dass sämtliche Leistungen durch diejenigen Leistungserbringer erbracht werden, die an der Kooperation zur Integrierten Versorgung zwischen dem Kostenträger, der m&i-Fachklinik Herzogenaurach und den diabetologischen Schwerpunktpraxen teilnehmen. Die Liste der teilnehmenden Ärzte habe ich zur Kenntnis genommen. Grundsätzlich kann die Leistungserbringung nicht in/von anderen Einrichtungen erbracht werden, sofern nicht medizinische Gründe dagegen sprechen.

- Teilnehmende Institutionen :

⇨ Ambulante Leitungen: Diabetologische Schwerpunktpraxen

⇨ Rehabilitation m&i-Fachklinik Herzogenaurach

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass meine Teilnahme an diesem integrierten Versorgungsangebot freiwillig ist. Ein Austritt hat keinerlei Nachteile auf das Versicherungsverhältnis bei meinem Kostenträger.

Des Weiteren wurde ich über folgendes aufgeklärt:

Mit meiner Einschreibung werden meine Patientenrechte nicht eingeschränkt.

Meine Rechte zur freien Arztwahl und aus dem Behandlungsvertrag nach § 611 BGB bleiben uneingeschränkt bestehen.

Ich gebe mein Einverständnis zur zentralen Dokumentation und Weitergabe meiner Behandlungsdaten innerhalb der beteiligten Leistungserbringer.

Ich gebe mein Einverständnis zur Auswertung der Daten aus dem Behandlungsgeschehen in pseudonymisierter Form im Rahmen einer vorgesehenen wissenschaftlichen Auswertung und Evaluation. Ebenso bin ich einverstanden, dass während meiner Behandlung die erhobenen Daten in pseudonymisierter Form verarbeitet werden (Pseudonymisiert bedeutet: in einer Form, bei der Identifikationsmerkmale wie Name und Geburtsdatum durch eine Codenummer ersetzt sind, sodass eine Zuordnung zu einer Person nur über eine Referenzliste möglich ist).

Die Beteiligten am integrierten Versorgungskonzept (Klinik und die Schwerpunktpraxis für Diabetes) werden alle notwendigen Behandlungsdaten eintragen.

Ich entbinde die medizinischen Leistungserbringer insoweit von der ärztliche Schweigepflicht entsprechend § 203 StGB. Ein Widerruf ist jederzeit möglich.

.....
Ort / Datum / Unterschrift des Versicherten