

Procedere für Zweitmeinungsverfahren vor Operationen (der Wirbelsäule, Hüft-, Knie- oder Schultergelenke)

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

es besteht für Sie die Möglichkeit, Ihre Patienten zu einer Zweitmeinung vor evtl. Wirbelsäulen oder Gelenk-Operationen direkt in unsere Therapiezentren zu überweisen, wenn folgende Diagnosen vorliegen:

Wirbelsäule: lokale, pseudoradikuläre oder radikuläre Schmerzsyndrome
kooperierende Kassen: AOK-Nordost, Barmer, Techniker KK, BKK VBU und viele kleinere BKK`n, KKH Hannover, HEK

Gelenke: Arthrose im Hüft-, Knie- oder Schulterbereich (auch als „Nebendiagnose“)
kooperierende Kassen: Techniker KK, BKK VBU

Sollten Sie und wir noch eine gute Chance für eine intensive konservative Therapie sehen, würden wir Ihre Patienten in einem 3-4 wöchigen interdisziplin. multimodalen Programm (für Rückenschmerzpatienten) oder einem 3-monatigen berufsbegleitenden Programm (für Rücken- und Gelenkschmerzpatienten) versorgen.

<p>Dr. med. Ulf Marnitz Geschäftsführer FA f. Orthopädie und Unfallchirurgie</p>	<p>Dorothee Monstadt Leitung der Tagesklinik Psychologische Psychotherapeutin</p>	<p>Dr. med. A. Bethkenhagen Leitende Ärztin FÄ f. Anästhesie, Spez. Schmerztherapie</p>
--	---	---

Gelenke: BKK VBU, Techniker KK
Wirbelsäule: BKK VBU, Techniker KK, AOK Nordost, Barmer, sonst. BKKen, KKH Hannover, HEK

<p>Krankenkasse bzw. Kostenträger</p> <hr/> <p>Name, Vorname des Patienten</p> <p>Mustermann, Max</p> <p>Musterstrasse 1</p> <p>Musterstadt</p>	<p>geb. am</p>	<p>Überweisung an Rückenzentrum Am Markgrafentpark</p> <p><input type="checkbox"/> Ausführung von Auftragsleistungen <input type="checkbox"/> Konsiliaruntersuchung <input type="checkbox"/> Mit-/Weiterbehandlung</p> <p><input type="checkbox"/> eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V</p>
<p>Diagnose/Verdachtsdiagnose</p> <p>WS.-Dg.: (klin. + strukt. Diagnosen) z.B. Lumbago bei NPP L4/5 o.ä.</p> <p>Gelenk-Dg.: Arthrose im Hüft- Knie oder Schulterbereich (auch als Nebendiagnose)</p>		
<p>Befund/Medikation</p> <hr/> <hr/> <hr/>		
<p>Auftrag</p> <p>Erbitte Zweitmeinung bei (relativer) OP-Indikation</p> <hr/> <hr/> <hr/>		
<p style="font-size: small;">Friedrichshagen, Berlin</p>		<p style="text-align: right; font-size: small;">Stempel/Unterschrift des Arztes</p>

Muster 6 (10.2014)

Bei Fragen können Sie sich selbstverständlich gerne an uns wenden :

Rückenzentrum Am Markgrafentpark in Berlin-Mitte: 030-25 92 38 60 berlin@ruecken-zentrum.de
Gelenk- & Rückenzentrum Köpenick in Köpenick: 030-39 37 73 50 koepenick@ruecken-zentrum.de