

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, Techniker KK, BKK VBU und viele kleinere BKKen, KKH Hannover, HKK Bremen

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 interdisziplinären multimodalen Programm (für Rückenschmerzpatienten) oder einem 3-monatigen berufsbegleitenden Programm (für Rücken- und Gelenkschmerzpatienten) versorgen.

Dr. med. U. Marnitz Geschäftsführer FA f. Orthopädie und Unfallchirurgie	J. Otto Leitung der Tagesklinik Psychologische Psychotherapeutin	Dr. med. A. Dörrfel Leitende Ärztin FA f. Orthopädie
Gelenke: BKK VBU, Techniker KK Wirbelsäule: BKK VBU, Techniker KK, AOK Nordost, sonst. BKKen, KKH Hannover, HKK Bremen		
Krankenkasse bzw. Kostenträger		Quartal Q J J
Name, Vorname des Patienten	geb. am	Geschlecht W M
Mustermann, Max		
Musterstrasse 1		
Musterstadt		
Datum	Überweisung an Gelenk- & Rückenzentrum Köpenick	AU bis T T M M J J
	<input type="checkbox"/> Ausführung von Auftragsleistungen	<input type="checkbox"/> Konsiliaruntersuchung
	<input type="checkbox"/> eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V	<input type="checkbox"/> Mit-/Weiterbehandlung
Diagnose/Verdachtsdiagnose:	WS.-Dg.: (klin. + strukt. Diagnosen) z.B. Lumbago bei NPP L4/5 o.ä.	
	Gelenk-Dg.: Arthrose im Hüft- Knie oder Schulterbereich (auch als Nebendiagnose)	
Befund/Medikation		
Auftrag	Erbitte Zweitmeinung bei (relativer) OP-Indikation	
<small>Fachverleg. Jüngst/geb. - Bestell-Nr. 100 501 7207 011 - 653</small>	<small>Stempel/Unterschrift des Arztes</small>	
	<small>Muster 6 (10.2014)</small>	

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