



Informationen für den behandelnden Arzt

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

anbei ein Leitfaden zur schnellen und unbürokratischen **Kostenzusage für Patienten der gesetzlichen Krankenkassen:**

Der beiliegende Antrag enthält die Fragen, welchen den Einweisungskriterien für unsere Klinik entsprechen:

1. Alle ambulanten Maßnahmen inklusive neurologische Diagnostik und Therapien (vorhandene Befunde bitte beifügen) gelten als ausgeschöpft, d.h. die Fortführung muss als unwirtschaftlich eingestuft werden bzw. reicht nicht mehr aus, die Krankheit zu lindern, eine Verschlimmerung zu verhüten oder zu heilen.
2. In kurzen Intervallen sich wiederholende Schmerzattacken und der damit einhergehende Analgetikaabusus erfordern eine stationäre Rehabilitation im Sinne § 111 SGB V.

Dabei geht es darum:

- Eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern (§ 23 SGB V)
- Eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen
- Krankheiten zu verhüten oder deren Verschlimmerung zu vermeiden oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden
- Einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes oder Jugendlichen entgegenzuwirken
- Einer Behinderung durch eine wiederholt auftretende Arbeitsunfähigkeit vorzubeugen oder diese zu verkürzen, um eine Einschränkung der Erwerbstätigkeit zu vermeiden (§ 40 SGB V)

Sollte im Einzelfall als Grund für die beantragte Maßnahme der Eintritt einer drohenden Erwerbsunfähigkeit vorliegen, ist in diesem Falle die Zuständigkeit des Rentenversicherungsträgers (LVA oder BfA) gegeben.

Der Patient hat als Leistungsberechtigter ein Mitbestimmungsrecht (Wunsch- und Wahlrecht hinsichtlich der Einrichtung - nach § 9 SGB IX).

Sollte die Krankenkasse oder der Rentenversicherungsträger dem Patienten nach Prüfung Ihres Antrages eine Genehmigung zur Behandlung in unserer Spezialklinik dennoch verweigern, stehen wir gerne beratend unter der Telefonnummer: 06174/2904-660 oder 650 zur Verfügung.

Krankenkasse:

Absender:

**ANTRAG ZUR VORLAGE BEI DER GESETZLICHEN KRANKENKASSE
AUF DURCHFÜHRUNG EINER STATIONÄREN BEHANDLUNGSMAßNAHME IN DER MIGRÄNE
KLINIK KÖNIGSTEIN
(Vertragspartner nach § 111 SGB V)**

- Als medizinische Vorsorgeleistung (§ 23 SGB V) mit dem Ziel eine Verschlimmerung der Krankheit zu vermeiden
ODER
 als medizinische Rehabilitationsmaßnahme (§40 SGB V) mit Ziel einer drohenden Behinderung oder Pflegebedürftigkeit vorzubeugen.

Name, Vorname

Geburtsdatum

PLZ, Wohnort

Straße

Krankenkasse

Versicherungsnummer

Diagnosen:

Befunderhebung:

In ambulanter Behandlung bei mir wegen Migräne/Kopfschmerzen seit :.....

In welchen Intervallen treten Schmerzattacken auf: im Monat

Wie viele Schmerztage im Monat: Wie viele schmerzfreie Tage im Monat:

Neurologische Befund oder Zusatzuntersuchungen (z. B. CT od. MRT):.....

.....

Welche Behandlungen wurden bisher wegen der Migräne/Kopfschmerzen durchgeführt?

Verordnung von Medikamenten:

Welche:

Besteht ein Abusus: ja/nein

als Dauermedikation, wie viel pro Tag/Monat:

bei Schmerzattacken, wie viel und wie oft:

Selbstmedikation

welche: wie viele pro Monat:

Bisherige Prophylaxe:

z. B. B-Blocker, Natil und/oder Sibelium:Dosis:

Therapiedauer: Frequenzabnahme: ja/nein

Abbruch wegen NW oder Wirkungslosigkeit?

Infusionsbehandlung

Welche: wie oft:

Erfolg/Abbruch wegen:

Andere ambulanten Maßnahmen

Wurden wegen Migräne und/oder Kopfschmerzen weitere Ärzte/Fachärzte konsultiert?

ja/nein - welche:

Ergebnisse:

Wurden nicht-medikamentöse Therapien (z. B. Entspannungstechniken, Akupunktur etc. durchgeführt? Welche

Sind die ambulanten Maßnahmen als erschöpft im Sinne der vorstehenden Zielsetzung anzusehen? **ja/nein.**

Arbeitsunfähigkeit:

War die Patientin wegen Migräne/Kopfschmerzen wiederholt arbeitsunfähig **ja/nein.**

Erwerbsunfähigkeit:

Ist der Eintritt einer Erwerbsunfähigkeit (Antrag auf Rente) im Sinne der gesetzlichen Rentenversicherung zu befürchten? **ja/nein.**

Stationäre Diagnostik u. Therapie wegen Migräne und Kopfschmerzen:

Klinikaufenthalt: Reha- und/oder Akutklinik, Name der Klinik

Welche Fachbereiche:

Wie oft: mit welchem Erfolg (Entl.- Bericht):

Unterschrift Stempel des Arztes

.....
Unterschrift des Patienten