

Stellungnahme zu Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme (DMP)

Name der stellungnehmenden Organisation:

Zuordnung als:

ambulante Vorsorge- und Rehaeinrichtung

Selbsthilfeorganisation

Sonstiger Leistungserbringer

Andere

Adresse:

Telefon:

E-Mail Adresse:

Datum:

Bitte kreuzen Sie an, auf welches DMP sich Ihre Stellungnahme bezieht:

DMP Diabetes mellitus Typ 2

(Anlage 1 der RSAV)

DMP Brustkrebs

(Anlage 3 der RSAV)

DMP Koronare Herzkrankheit (KHK)

(Anlage 5 der RSAV)

DMP Diabetes mellitus Typ 1

(Anlage 7 der RSAV)

DMP Asthma bronchiale

(Anlage 9 der RSAV)

DMP Chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD)

(Anlage 11 der RSAV)

Fügen Sie Ihre Stellungnahme Literatur bei?

Ja

Nein

Bitte reichen Sie diese in elektronischer Form per E-Mail oder im Falle umfangreicher Unterlagen als CD-Rom unter folgender Adresse ein:

Gemeinsamer Bundesausschuss, Wegelystraße 8, 10623 Berlin

Bitte geben Sie nachfolgend an, auf welche Ziffern sich Ihre Stellungnahme bezieht und mit welchen Literaturstellen Sie Ihre Aussage belegen. Stellungnahmen zur DMP-Dokumentation geben Sie bitte unter Angabe des jeweiligen Dokumentationsparameters und der laufenden Nummer ab.

Sie können das nachstehende Feld nutzen oder Ihre Stellungnahme als separate Anlage elektronisch übermitteln.