

Unaufgeforderte Stellungnahme zu Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme (DMP) (nach 6. Kapitel § 5 Verfo)

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 Asthma bronchiale

(Anlagen 9 und 10 der DMP-Anforderungen-Richtlinie)

DMP Brustkrebs

(Anlagen 3 und 4 der DMP-Anforderungen-Richtlinie)

DMP Chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD)

(Anlagen 11 und 12 der DMP-Anforderungen-Richtlinie)

DMP Diabetes mellitus Typ 1

(Anlagen 7 und 8 der DMP-Anforderungen-Richtlinie)

DMP Diabetes mellitus Typ 2

(Anlagen 1 und 8 der DMP-Anforderungen-Richtlinie)

DMP Koronare Herzkrankheit (KHK)

(Anlagen 5 und 6 der DMP-Anforderungen-Richtlinie)

DMP Herzinsuffizienz (HI)

(Anlagen 13 und 14 der DMP-Anforderungen-Richtlinie)

DMP chronischer Rückenschmerz

(Anlagen 15 und 16 der DMP-Anforderungen-Richtlinie)

DMP Depression

(Anlagen 17 und 18 der DMP-Anforderungen-Richtlinie)

Fügen Sie Ihrer 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, Postfach 12 06 06, 10596 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.