

AOK		IKK		
Name, Vorname des Versicherten				
geb. am				
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status		
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis:	Datum:		

Anlage 1

**Zur Vorlage beim
Vertragsarzt (Hausarzt)**

für die Behandlung im Rahmen der
Versorgung

integrierten

<p>An den Vertragsarzt</p> <p>Bei dem o.g. Patienten wurde die Indikation zur Operation</p> <p><input type="checkbox"/> bestätigt <input type="checkbox"/> nicht bestätigt</p> <p>und diese Operation soll unter Betreuung eines erfahrenen Facharztes für Anästhesiologie und Intensivmedizin durchgeführt werden.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Die Operation soll im Rahmen der Integrierten Versorgung in der Praxisklinik erfolgen.</p> <p><input type="checkbox"/> Die Operation kann nicht im Rahmen der Integrierten Versorgung in der Praxisklinik erfolgen.</p>	<p>Praxisklinik Dr. Astrid Stein Fachärztin für Augenheilkunde</p> <p>Gemeinschaftspraxis Christine Gerdts-Müller Claus-Dieter Müller Fachärzte für Anästhesiologie</p> <p>Harsdorfer Str. 30 39110 Magdeburg</p> <p>Telefon: (0391) 561 1497 Telefax: (0391) 662 8068</p>
--	---

Diagnose:

Geplante Operation:

voraussichtlich am:

Die hier verwendeten modernen Vollnarkoseverfahren sind sehr wenig belastend für den Patienten. Wir bitten Sie deshalb um die Durchführung eines präoperativen Status und einer OP-Vorbereitung (analog der EBM-Nr. 31010, 31011, 31012 bzw. 31013). Dafür können Sie gegenüber der KVSA die Pseudoziffer **99305M** abrechnen.

Bitte bedenken Sie die zeitgerechte Umstellung bei ASS/ Plavix/ Macumar-Patienten. Bei Metformin- eingestellten Diabetikern ist die 2-tägige (48 Std.) Pause präoperativ einzuhalten.

Folgende präoperative Befunde werden benötigt:

<input type="checkbox"/> Ruhe-EKG	<input type="checkbox"/> Dokumentation und/oder ausführlicher Befundbericht
<input type="checkbox"/> Ganzkörperstatus	<input type="checkbox"/> Thorax-Rö. (ab 60. Lebensjahr, bei auffälliger Anamnese)

Laboruntersuchungen: <u>obligat</u>	<u>fakultativ</u>
<input type="checkbox"/> Erythrozyten	<input type="checkbox"/> Kalium
<input type="checkbox"/> Leukozyten	<input type="checkbox"/> Glukose
<input type="checkbox"/> Thrombozyten	<input type="checkbox"/> Kreatinin
<input type="checkbox"/> Hämoglobin	<input type="checkbox"/> PTT
<input type="checkbox"/> Hämatokrit	<input type="checkbox"/> Quick
	<input type="checkbox"/> T 3 <input type="checkbox"/> TBG
	<input type="checkbox"/> T 4 <input type="checkbox"/> Spirometrie
	<input type="checkbox"/> weiterführendes Labor
	nach 31013 nach
	Abschnitt 32.2 EBM
	nach vollendetem 60. Lj.

Arztstempel	Datum, Unterschrift
-------------	---------------------