

Formular für Vorschläge zur ICD-10 und zum OPS

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen in einem Textbearbeitungsprogramm aus und schicken Sie ihn als e-mail-Anhang ans DIMDI an folgende e-mail-Adresse Vorschlagsverfahren@dimdi.de

Das DIMDI behält es sich vor, die Vorschläge für 2006 ggf. auf seinen Internetseiten zu veröffentlichen.

Pflichtangaben sind mit einem * markiert.

1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlages (Anschrift des Einsenders und vertretene Organisation)

Organisation *	
Name *	
Vorname *	
Titel	
Straße	
PLZ	
Ort	
E-Mail-Adresse *	
Telefon *	
Telefax	

2. Ansprechpartner (wenn nicht Einsender)

Name	
Vorname	
Titel	
Straße	
PLZ	
Ort	
E-Mail-Adresse	
Telefon	
Telefax	

3. Fachgebiet * (Mehrfachnennungen möglich)

Kinderherzchirurgie

4. Ist Ihr Vorschlag bereits mit einer Fachgesellschaft abgestimmt? Wenn ja, mit welcher?*

<input type="checkbox"/> Ja
<input checked="" type="checkbox"/> Nein
Name der Fachgesellschaft:
Status der Abstimmung:
<input type="checkbox"/> Begonnen
<input type="checkbox"/> Abgeschlossen

5. Muss Ihr Vorschlag mit weiteren Fachgesellschaften abgestimmt werden? Wenn ja, mit welcher? *

<input type="checkbox"/> Ja
<input checked="" type="checkbox"/> Nein
Name der Fachgesellschaft:

6. Art der Änderung * <input type="checkbox"/> Redaktionell z.B. Schreibfehlerkorrektur, Textkorrektur <input checked="" type="checkbox"/> Inhaltlich z.B. Differenzierung bestehender Codes, Neuaufnahme, Zusammenfassung, Streichung)
7. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlages * Nähere Spezifizierung des bestehenden OPS Codes: Ergänzung um ein sog. „Inkl.“
8. Vorschlag für (neuen) Kode, Text und Klassifikationsstruktur (Bitte geben Sie auch Synonyme für das Alphabetische Verzeichnis an) Ergänzung des OPS-Kodes 8-715 Spezialverfahren zur maschinellen Beatmung bei schwerem Atemversagen Hier sollte das Inklusivum „Oszillationsbeatmung“ mit aufgenommen werden
9. Begründung des Vorschlages (bei redaktionellen Änderungen nicht erforderlich) *
Ist Ihr Vorschlag für das Entgeltsystem erforderlich? Wenn ja, bitte kurz begründen! <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <u>Begründung:</u>
Ist Ihr Vorschlag für die externe Qualitätssicherung erforderlich? Wenn ja, bitte kurz begründen! <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <u>Begründung:</u>
Verbreitung des Verfahrens (nur bei Vorschlägen für den OPS) <input type="checkbox"/> Standard <input checked="" type="checkbox"/> Etabliert <input type="checkbox"/> In der Evaluation <input type="checkbox"/> Experimentell <input type="checkbox"/> Unbekannt
Geschätzte Häufigkeit des Verfahrens (z.B. Zahl der Fälle, Zahl der Kliniken) (nur bei Vorschlägen für den OPS):
Geschätzte Kosten der Prozedur (nur bei Vorschlägen für den OPS):
10. Sonstiges (z.B. Kommentare, Anregungen)