

Formular für Vorschläge zur ICD-10 und zum OPS

Bitte füllen Sie dieses Vorschlagsformular in einem Textbearbeitungsprogramm aus und schicken Sie es als eMail Anhang ans DIMDI an folgende eMail Adresse: Vorschlagsverfahren@dimdi.de

Das DIMDI behält es sich vor, die Vorschläge für 2007 ggf. auf seinen Internetseiten zu veröffentlichen.

Pflichtangaben sind mit einem * markiert.

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

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

2. Ansprechpartner (wenn nicht mit Einsender identisch)

Name	
Vorname	
Titel	
Straße	
PLZ	
Ort	
eMail-Adresse	
Telefon	
Telefax	

3. Fachgebiet * (Mehrfachnennungen möglich)

Kinderheilkunde

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

<input type="checkbox"/> Ja
Name der Fachgesellschaft:
<input checked="" type="checkbox"/> Nein
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
Name der Fachgesellschaft: ggfs. Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)
<input type="checkbox"/> Nein

Im Geschäftsbereich des



Bundesministerium
für Gesundheit
und Soziale Sicherung

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 Vorschlags *

Kode für die Transfusion von Protein C Konzentrat, z.B. 3750 Einheiten
--

8. Vorschlag für (neuen) Kode, Text und Klassifikationsstruktur

(Bitte geben Sie auch Synonyme für das Alphabetische Verzeichnis an)

8-810.s mit Subkodes für die Mengeneinheiten (auch für Pädiatrische Fälle)
--

9. Begründung des Vorschlags (bei redaktionellen Änderungen nicht erforderlich) *

(Medizinische Stimmigkeit, Abbildung des korrekten therapeutischen Aufwands)
Ist Ihr Vorschlag für das Entgeltsystem erforderlich? Wenn ja, bitte kurz begründen!
<input checked="" type="checkbox"/> Ja Begründung: erforderlich für ein ggfs. neues Zusatzentgelt
<input type="checkbox"/> Nein
Ist Ihr Vorschlag für die externe Qualitätssicherung erforderlich? Wenn ja, bitte kurz begründen!
<input type="checkbox"/> Ja
Begründung:
<input checked="" type="checkbox"/> Nein
Verbreitung des Verfahrens (nur bei Vorschlägen für den OPS)
<input checked="" 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)
unbekannt
Geschätzte Kosten der Prozedur (nur bei Vorschlägen für den OPS)
unbekannt

10. Sonstiges (z.B. Kommentare, Anregungen)

--