

| | | |
|--------------------------------|------------------|---------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger | | |
| Name, Vorname der Versicherten | | |
| | | geb. am |
| Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status |
| Betriebstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum |



Antrag auf Durchführung eines **Patientenchecks**

in der hausarztzentrierten Versorgung gem. § 73b SGB V und einer ergänzenden besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung gem. § 73c SGB V in Schleswig-Holstein

Antrag bitte senden an: Betriebskrankenkasse des Versicherten

Ich beantrage die Durchführung der/des folgenden Patientenchecks:

Genehmigung Krankenkasse

Arzneimittelcheck

Grund:

- mind. sechs verschreibungspflichtig Wirkstoffe (ohne topische Medikamente)

ja nein

Heilmittelcheck

Grund:

- der Patient hat Heilmittel von mehreren bzw. anderen Ärzten verordnet bekommen

ja nein

Geriatricheck

Gründe:

- erhöhtes Sturzrisiko
 Immobilität
 verdeckte Depressionen
 Demenz- und Complianceprobleme
 Pflegedefizite

ja nein

Psychische Problemkonstellation

Gründe:

- Medikamentenabhängigkeit
 manifeste Depression mit Versorgungsdefiziten
 verdeckte Depression
 psychosomatisch getriebene Schmerzsymptome
 manifeste Depression als behindernde Komorbidität für die Behandlung chronischer Krankheiten

ja nein

Bemerkungen - Arzt

Begründung - Krankenkasse

Datum

Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters oder des Vormundes

Datum

LANR

Unterschrift des behandelnden Arztes / Stempel