

AOK-Sports-**Antrag** im Orthopädievertrag nach § 73c SGB V bei sporttypischen Verletzungen im privaten Bereich

Die Genehmigung des AOK-Sports-Antrag ist eine Voraussetzung für die AOK-Sports-Behandlung.

Patientenname: _____ Geburtsdatum: ____ . ____ . _____

Begründung für AOK-Sports

Warum ist keine physiotherapeutische Versorgung im niedergelassenen Bereich nach § 32 SGB V ausreichend?

ICD-Schlüssel und Klartext-Diagnose (s. Indikationsliste):

Einteilung in Behandlungspfad: (s. Konzept – „Behandlungspfade“ S. 11)

- 1** (insgesamt 12 Behandlungstage in 3-4 Wochen, davon 12 Therapieeinheiten Einzeltherapie)
- 2** (insgesamt 16 Behandlungstage in 4-5 Wochen, davon 16 Therapieeinheiten Einzeltherapie)
- 3** (insgesamt 20 Behandlungstage in 5-6 Wochen, davon 20 Therapieeinheiten Einzeltherapie)

Bei Abweichung vom vorgesehenen Behandlungspfad bitte begründen:

Behandlungsbeginn:

- sofort
- Behandlungsbeginn nicht vor ____ . ____ . _____

Unfalltag: ____ . ____ . _____

Art der Versorgung: _____

OP-Datum¹: ____ . ____ . _____

Stationärer Aufenthalt vom ____ . ____ . _____ bis ____ . ____ . _____

¹ Nur beantworten wenn Operation erfolgt ist.

Patientenname: _____ Geburtsdatum: ____ . ____ . ____

Arbeitsunfähig: nein ja, seit: ____ . ____ . ____

voraussichtlich bis: ____ . ____ . ____ / _____ Wochen/Tage²

Vollbelastung

Entlastung Dauer: _____ Wochen, danach: _____

Teilbelastung mit ____ kg; Dauer: _____ Wochen, danach: _____

Limitation Beweglichkeit: Gelenk: _____

Dauer: _____ Wochen, danach: _____

Relevante Begleiterkrankungen: _____

Folgende Dokumente werden dem Patienten mitgegeben:

Entlassungsbericht OP-Bericht
 Radiologischer Befunde sonstige Befunde: _____

Nachbehandlungsempfehlung des Operateurs: _____

Welche Einschränkungen der Körperfunktion und -struktur liegen vor:

- _____
- _____

² Nicht zutreffendes bitte streichen

Welche Einschränkungen liegen auf der Ebene der Aktivitäten vor:

- _____

Welche Einschränkungen liegen auf der Ebene der Teilhabe vor:

- _____
- _____

Therapieziele der Behandlung durch AOK-Sports:

- _____
- _____

Der Patient hat eine Kopie des AOK-Sports-Antrags erhalten.

Patientenname: _____ Geburtsdatum: ____ . ____ . _____

Hinweis: Die aus diesem „AOK-Sports-Antrag“ entstehenden Kosten belasten das Heilmittelbudget nicht.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel: Arzt/Ärztin

Einwilligung zur Übermittlung des AOK-Sports-Antrag:

Ich bin damit einverstanden, dass der AOK-Sports-Antrag an die zuständige AOK-Bezirksdirektion übermittelt wird. Ich willige ein, dass die AOK Baden-Württemberg folgende Sozialdaten verarbeitet: Persönliche Angaben und Antragsangaben. Die benötigten Sozialdaten werden für die Beurteilung und Bearbeitung (§ 284 Abs. 1 SGB V) Ihres Antrages auf AOK-Sports (§ 43 SGB V in Verbindung mit § 73c SGB V) verarbeitet. Meine im Rahmen der vorstehend genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten werden unter Beachtung der Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) verarbeitet. Weitergehende Informationen rund um die Verarbeitung Ihrer Daten und Ihre Rechte finden Sie unter www.aok-bw.de/datenschutzrechte. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an die AOK Baden-Württemberg, Presselstraße 19, 70191 Stuttgart oder unsere/n Datenschutzbeauftragte/n unter datenschutz@bw.aok.de.

ja

nein

Datum, Unterschrift Patient/in

Wird von AOK Baden-Württemberg ausgefüllt:

Die Durchführung von AOK-Sports wurde genehmigt/ abgelehnt.

Datum, Unterschrift und Stempel AOK Baden-Württemberg