



## Dokumentationsbogen Integrierte Versorgung open-MR

**Praxis**

Praxisstempel
---------------

### Anlage 1

#### Patientendaten

Patienten- ausdruck	Krankenkasse
	Name und Anschrift
	Versichertennummer
	Vertragsarzt-Nr./Datum

Alter des Patienten  Jahre

Datum der ersten Untersuchung

Verdachtsdiagnose

--

Indikation zum  
open-MR

--

Angeforderte  
Untersuchung

--



**Forts. Anlage 1**

bei Adipositas

BMI  nach Hesse gem. Anlage

bei Klaustrophobie

anamn. bek. Diagnose  z.B. F40.2

oder

anamn. stattgehabte  
klaustrophobe Reaktion

bei Behinderung

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Diagnosen aus Bereich 1  
Diagnosen aus Bereich 2

**Erklärung des niedergelassenen Arztes**

Die Voraussetzungen zur Teilnahme an der Integrierten Versorgung open-MR

liegen vor  ja  nein

Datum

Unterschrift



## Dokumentationsbogen Integrierte Versorgung open-MR

### Praxis

Praxisstempel

### Anlage 2

Termin im AKK angemeldet am  Datum um  Uhrzeit

Telefonnummer 040/88 908-260

Fax 040/88 908-214

### Verlauf

Termin open-MR im AKK  Datum

Befundeingang aus AKK  Datum

MR-  
Befund

Bestätigung der  
Verdachtsdiagnose

ja

nein



Epikrise

stationäre Einweisung  
in das AKK

  

ja  
nein

Datum

ambulante Fortführung  
der Behandlung

bei ursprünglicher  
Arbeitsdiagnose

ja

bei neuer Arbeitsdiagnose

ja

neue Arbeitsdiagnose



## Dokumentationsbogen Integrierte Versorgung open-MR

**Praxis**

Praxisstempel

### Anlage 3

#### Ende Integrierte Versorgung

Endgültige Beurteilung  
der Befunde  Datum

Entlassung aus  
Integrierter Versorgung  Datum

Fortführung der  
Behandlung über KV  ja  nein

Beendigung der  
Behandlung nur über IV  ja  nein

Dokumentationsbögen  
verschickt an AKK  Datum

Datum/Unterschrift