

Antragsformular



MS-Schwerpunktzentrum

MS-Zentrum

MS-Rehabilitationszentrum

Zertifikat nach den Anerkennungskriterien der DMSG, Bundesverband e.V.

Gemäß den Bedingungen und des Kriterienkatalogs beantragen wir für folgende Einrichtung die Auszeichnung als:

MS-Schwerpunktzentrum

MS-Zentrum

MS-Rehabilitationszentrum

Name der Einrichtung: _____

ggf. Zusatz: _____

Kontakt der verantwortlichen Person / Einrichtungsleiter:

Name: _____

Funktion: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____ Bundesland: _____

Telefon Kontaktperson: _____ Telefon Allgemein: _____

Website: _____

E-Mail Kontaktperson: _____

E-Mail Einrichtung: _____

Hiermit erklären wir, dass die oben genannte Einrichtung die aktuellen Anerkennungskriterien der DMSG, Bundesverband e.V. für die Verleihung des Zertifikates vollständig erfüllt. Eine detaillierte Erklärung wird diesem Formular beigelegt. Als Nachweis über die Anzahl der jährlich behandelten MS-Patienten, übersenden wir Ihnen die beigelegte Diagnosestatistik. Nach Rechnungsstellung überweisen wir Ihnen die Bearbeitungsgebühr in Höhe von 250,00€ (inkl. 7% USt) für die Auszeichnungen MS-Zentrum und MS-Rehabilitationszentrum bzw. 500,00€ (inkl. 7% USt) für die Auszeichnung MS-Schwerpunktzentrum. Wir sind einverstanden, für die Dokumentationspflicht einen Vertrag mit der MSFP (MS Forschungs- und Projektentwicklungs-gGmbH des DMSG-BV) einzugehen. Gleichzeitig willigen wir ein, dass unsere angegebenen Kontaktdaten gespeichert und im Rahmen der Auszeichnung u.a. im Auftrag von Dritten (MSFP) verwendet werden. Mit einer Nennung unserer Einrichtung in den Medien des DMSG-Bundesverbandes und der Landesverbände sind wir ebenfalls einverstanden.

Nachweis über die behandelten MS-Patienten pro Jahr

Diagnosestatistik

Katalog: ICD-10-GM 2019
 Art: Hauptdiagnose
 Zeitraum: 01.01.2019 – 31.12.2019
 Datum der Auswertung:
 Erstellt durch:
 Name des Zentrums:

G35.0 Erstmanifestation einer multiplen Sklerose	
Anzahl Patienten stationär	
Anzahl Patienten ambulant	
G35.1- Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf	
Anzahl Patienten stationär	
Anzahl Patienten ambulant	
G35.2- Multiple Sklerose mit primär-chronischem Verlauf	
Anzahl Patienten stationär	
Anzahl Patienten ambulant	
G35.3- Multiple Sklerose mit sekundär-chronischem Verlauf	
Anzahl Patienten stationär	
Anzahl Patienten ambulant	
G35.9 Multiple Sklerose, nicht näher bezeichnet	
Anzahl Patienten stationär	
Anzahl Patienten ambulant	

Hinweis:

Für den Nachweis sind Patienten, die mehrfach pro Jahr behandelt wurden nur einmal zu werten.

Stempel

Datum,

Unterschrift des Projektverantwortlichen