

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 2022 / ICD-10-GM 2023

Art: Hauptdiagnose

Datum der Auswertung: _____

Erstellt durch: _____

Name des Zentrums: _____

Für den Zeitraum	01.01.2022 – 31.12.2022*	01.01.2023 – 31.12.2023*
------------------	--------------------------	--------------------------

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:

*Patienten, die mehrfach im Kalenderjahr behandelt wurden, sind nur einmal zu werten.

Stempel

Datum,

Unterschrift des Projektverantwortlichen