

Antrag auf Verlängerung



MS-Schwerpunktzentrum



MS-Zentrum



MS-Rehabilitationszentrum

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

Gemäß der Bedingungen und des Kriterienkatalogs beantragen wir für folgende Einrichtung die Zertifikatsverlängerung.

Name der Einrichtung: _____

ggf. Zusatz: _____

Die DMSG, Bundesverband e.V. hat uns für die Zeit vom _____ bis _____ das unten ausgewählte Zertifikat verliehen.

Wir beantragen eine Verlängerung für weitere 2 Jahre gemäß den Anerkennungskriterien.



MS-Schwerpunktzentrum



MS-Zentrum



MS-Rehabilitationszentrum

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. Als Nachweis über die Anzahl der jährlich behandelten MS-Patienten, übersenden wir Ihnen die beigefügte Diagnosestatistik. Nach Rechnungsstellung überweisen wir Ihnen die Bearbeitungsgebühr in Höhe von 150,00 € bzw. 250,00€ (inkl. 7% USt) bei Hochstufung der Zentrumsart. 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 sind wir ebenfalls einverstanden.

Ort, Datum

Stempel

Unterschrift Antragsteller

Nachweis über die behandelten MS-Patienten pro Jahr

Diagnosestatistik

Katalog: ICD-10-GM 2020 / ICD-10-GM 2021

Art: Hauptdiagnose

Datum der Auswertung: _____

Erstellt durch: _____

Name des Zentrums: _____

Für den Zeitraum	01.01.2020 – 31.12.2020*	01.01.2021 – 31.12.2021*
------------------	--------------------------	--------------------------

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