

## 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.

Ort, Datum

Stempel

Unterschrift Antragsteller

## Nachweis über die behandelten MS-Patienten pro Jahr

### Diagnosestatistik

Katalog: ICD-10-GM 2024 / ICD-10-GM 2025

Art: Hauptdiagnose

Datum der Auswertung: \_\_\_\_\_

Erstellt durch: \_\_\_\_\_

Name des Zentrums: \_\_\_\_\_

Für den Zeitraum	01.01.2024 – 31.12.2024		01.01.2025 – 31.12.2025	
	Patienten*/Jahr	Fallzahlen/Jahr	Patienten*/Jahr	Fallzahlen/Jahr
<b>G35.0 Erstmanifestation einer multiplen Sklerose</b>				
Anzahl stationär				
Anzahl ambulant				
<b>G35.1- Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf</b>				
Anzahl stationär				
Anzahl ambulant				
<b>G35.2- Multiple Sklerose mit primär-chronischem Verlauf</b>				
Anzahl stationär				
Anzahl ambulant				
<b>G35.3- Multiple Sklerose mit sekundär-chronischem Verlauf</b>				
Anzahl stationär				
Anzahl ambulant				
<b>G35.9 Multiple Sklerose, nicht näher bezeichnet</b>				
Anzahl stationär				
Anzahl ambulant				

#### Hinweis:

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

Stempel

Datum,

Unterschrift des Projektverantwortlichen