

## Formular für Vorschläge zur ICD-10 und zum OPS

Bitte füllen Sie dieses Vorschlagsformular in einem Textbearbeitungsprogramm aus und schicken Sie es als eMail Anhang ans DIMDI an folgende eMail Adresse: [Vorschlagsverfahren@dimdi.de](mailto:Vorschlagsverfahren@dimdi.de)

Das DIMDI behält es sich vor, die Vorschläge für 2007 ggf. auf seinen Internetseiten zu veröffentlichen.

Pflichtangaben sind mit einem \* markiert.

### 1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags (Anschrift des Einsenders und vertretene Organisation)

Organisation *	Rhön Klinikum AG
Name *	Meise
Vorname *	Ingrid
Titel	
Straße	Salzburger Leite 2
PLZ	
Ort	Bad Neustadt / Saale
eMail-Adresse *	i.meise.pqa@rhoen-klinikum-ag.com
Telefon *	09771/651898
Telefax	

### 2. Ansprechpartner (wenn nicht mit Einsender identisch)

Name	Drösler
Vorname	Saskia
Titel	Prof. Dr.
Straße	
PLZ	
Ort	
eMail-Adresse	saskia.droesler@hs-niederhein.de
Telefon	01795008905
Telefax	

### 3. Fachgebiet \* (Mehrfachnennungen möglich)

--

### 4. Ist Ihr Vorschlag bereits mit einer Fachgesellschaft abgestimmt? Wenn ja, mit welcher?\*

<input type="checkbox"/> Ja Name der Fachgesellschaft: <input checked="" type="checkbox"/> Nein Status der Abstimmung: <input type="checkbox"/> Begonnen <input type="checkbox"/> Abgeschlossen
--

### 5. Muss Ihr Vorschlag mit weiteren Fachgesellschaften abgestimmt werden? Wenn ja, mit welcher? \*

<input type="checkbox"/> Ja Name der Fachgesellschaft: <input checked="" type="checkbox"/> Nein
---

Im Geschäftsbereich des



Bundesministerium  
für Gesundheit  
und Soziale Sicherung

**6. Art der Änderung \***

<input checked="" type="checkbox"/> Redaktionell z.B. Schreibfehlerkorrektur, Textkorrektur <input type="checkbox"/> Inhaltlich z.B. Differenzierung bestehender Codes, Neuaufnahme, Zusammenfassung, Streichung
---

**7. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags \***

Korrektur des alphabetischen Verzeichnisses: Die Diagnose PRIND, die sich spezifisch kodieren lässt, ist hier lediglich mit I63.9 angegeben
---

**8. Vorschlag für (neuen) Kode, Text und Klassifikationsstruktur**

(Bitte geben Sie auch Synonyme für das Alphabetische Verzeichnis an)

--

**9. Begründung des Vorschlags** (bei redaktionellen Änderungen nicht erforderlich) \*

Ist Ihr Vorschlag für das <b>Entgeltsystem</b> erforderlich? Wenn ja, bitte kurz begründen! <input type="checkbox"/> Ja Begründung: <input checked="" type="checkbox"/> Nein
Ist Ihr Vorschlag für die externe <b>Qualitätssicherung</b> erforderlich? Wenn ja, bitte kurz begründen! <input type="checkbox"/> Ja Begründung: <input checked="" type="checkbox"/> Nein
<b>Verbreitung des Verfahrens</b> (nur bei Vorschlägen für den OPS) <input type="checkbox"/> Standard <input type="checkbox"/> Etabliert <input type="checkbox"/> In der Evaluation <input type="checkbox"/> Experimentell <input type="checkbox"/> Unbekannt
<b>Geschätzte Häufigkeit des Verfahrens</b> (z.B. Zahl der Fälle, Zahl der Kliniken) (nur bei Vorschlägen für den OPS)
<b>Geschätzte Kosten der Prozedur</b> (nur bei Vorschlägen für den OPS)

**10. Sonstiges** (z.B. Kommentare, Anregungen)

--