

## 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 *	Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin
Name *	Mayer
Vorname *	Geert
Titel	Prof. Dr.med.
Straße	Schimmelpfengstr. 2
PLZ	34613
Ort	Schwalmstadt
eMail-Adresse *	dgs.m.mayer@t-online.de
Telefon *	06691/182002
Telefax	06691/2823

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

Name	
Vorname	
Titel	
Straße	
PLZ	
Ort	
eMail-Adresse	
Telefon	
Telefax	

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

Schlafmedizin

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

Ja  
 Name der Fachgesellschaft: Deutsche Gesellschaft für Pneumologie  
 Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde  
 Deutsche Gesellschaft für Neurologie  
 Nein  
 Status der Abstimmung:  
 Begonnen  
 Abgeschlossen

Im Geschäftsbereich des



Bundesministerium  
für Gesundheit  
und Soziale Sicherung

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

Ja  
 Name der Fachgesellschaft:vorläufig: Deutsche Gesellschaft für HNO-Heilkunde  
 Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde  
 Deutsche Gesellschaft für Klinische Neurophysiologie und Bildgebung  
 Nein

**6. Art der Änderung \***

Redaktionell  
 z.B. Schreibfehlerkorrektur, Textkorrektur  
 Inhaltlich  
 z.B. Differenzierung bestehender Codes, Neuaufnahme, Zusammenfassung, Streichung

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

s. Anlage

**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) \*

s. Anlage

Ist Ihr Vorschlag für das **Entgeltsystem** erforderlich? Wenn ja, bitte kurz begründen!

Ja  
 Begründung: Genaue Daten werden nachgereicht

Nein

Ist Ihr Vorschlag für die externe **Qualitätssicherung** erforderlich? Wenn ja, bitte kurz begründen!

Ja  
 Begründung:  
 Nein

**Verbreitung des Verfahrens** (nur bei Vorschlägen für den OPS)

Standard  
 Etabliert  
 In der Evaluation  
 Experimentell  
 Unbekannt

**Geschätzte Häufigkeit des Verfahrens** (z.B. Zahl der Fälle, Zahl der Kliniken) (nur bei Vorschlägen für den OPS)

**Geschätzte Kosten der Prozedur** (nur bei Vorschlägen für den OPS)

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

ICD-Prozeduren finden Sie als Anhang