

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Eignungsbescheinigung

E-Mail-Adresse:

Telefonnummer / Handynummer:

- Hiermit bestätige ich, dass der Patient/die Patientin die Teilnahme Kriterien für das GLA:D Deutschland Programm erfüllt.
- Bestehende Knie- oder Hüftarthrose
 - Eignung für eine Trainingstherapie in der Gruppe
 - Bereitschaft und Fähigkeit zur Verwendung digitaler Medien zwecks Datenerhebung und Therapiebegleitung (Smartphone, Computer, Internet)
 - Keine andere Ursache für die Symptome (Tumor, entzündliche Gelenkerkrankung, Zustand nach Hüftfraktur, Weichteil- oder Bindegewebserkrankungen, usw.)
 - Keine anderen Beschwerden, die stärker ausgeprägt sind als die durch Arthrose verursachten Symptome (chronische Schmerzen, Fibromyalgie, usw.)
 - Fähigkeit, die Deutsche Sprache in Wort/Schrift zu verstehen

- Hiermit bestätige ich die medizinische Notwendigkeit einer Teilnahme an GLA:D

Diagnose:

Bestehend seit:

Bisherige Maßnahmen:

Datum

Unterschrift + Stempel



Kostenübernahmeantrag

Einzelfallentscheid

Einzelfallentscheid zur Kostenübernahme für die Behandlung von Versicherten mit Knie- oder Hüftbeschwerden

Für Ihre/Ihren Versicherte/Versicherten ist die Teilnahme an einem intensiven Therapieprogramm gemäß der vorliegenden Bescheinigung indiziert und die Teilnahmebedingungen werden erfüllt.

Wir bitten daher um Kostenübernahme im Rahmen einer Einzelfallentscheidung. (Weitere Informationen im Anhang)

Name der/des Patientin/Patienten: _____

Geburtsdatum: _____

Versicherten-Nummer: _____

Wir bitten um Genehmigung für die Teilnahme an GLA:D® – Die evidenzbasierte Versorgung von Gonarthrose und Coxarthrose (830,00 €)

- genehmigt**

nicht genehmigt, Ablehnungsgrund: _____

ich benötige weitere Informationen und bitte um Kontaktaufnahme

_____ Datum

_____ Stempel / Unterschrift Kostenträger

Wir bitten um Antwort per Fax unter folgender Fax-Nummer:

02054 / 938 56 59

Für Ihre Bemühungen danken wir herzlich im Voraus. Rückfragen beantworten wir Ihnen jederzeit gerne.

Ihr/e Ansprechpartner/in:

Katharina Leoniak _____

02054/ 938 56 88 _____

Anlagen:

- Eignungsbescheinigung, Teilnahmeerklärung

Kostenübernahmeantrag

Einzelfallentscheid

Kurzübersicht GLA:D® – Evidenzbasierte Versorgung von Gonarthrose und Koxarthrose

Ziel von GLA:D® es, sicherzustellen, dass alle Menschen mit Arthrose Zugang zu einer evidenzbasierten und leitliniengerechten Behandlung haben. GLA:D schließt hierbei bestehende Versorgungslücken und bietet eine umfassende Versorgung für Arthrosepatienten.

- Arthrosepatienten erhalten ein kombiniertes Trainingsprogramm zur Steigerung ihrer körperlichen Aktivität sowie eine umfangreiche Schulung (Leitlinienkonsens: 1. Behandlungswahl).
- Die Inhalte der Trainingsprogramme und die Evaluationsmomente basieren auf internationalen Best-Practice-Modellen, sind wissenschaftlich fundiert und praxiserprobt. Dadurch werden undurchsichtige Therapieinhalte und nicht-evidenzbasierte Versorgungsmomente von Anfang an ausgeschlossen.
- GLA:D fördert die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Therapeuten und bietet einen einheitlichen, evidenzbasierten Kommunikationsstandard durch standardisierte Assessments.
- Die Ergebnisse und die Qualität der Patientenversorgung werden kontinuierlich durch die Teilnahme an Forschungsprojekten und jährliche Auswertungen überprüft.

Medizinische Leistungen

- 1 x Diagnostik, Einsteuerung und Unbedenklichkeit
- 3 x Einzeltherapiesitzungen mit Eintrittsuntersuchung, klinischer Testung und praktischer Einführung ins das Übungsprogramm
- 2 x Sitzungen Patientenedukation mit Beratung und Instruktion in Kleingruppen
- 12 x Einheiten mit neuromuskulärem Übungsprogramm in Kleingruppen
- 1 x Einzeltherapiesitzungen mit Austrittsuntersuchung, inklusive Kurzbericht an die/den zuweisenden.
- 1 x Digitale Therapiebegleitung, Wissensdatenbank mit Edukationsmaterial und digitalen Heimtrainingsprogramm über 12 Monate

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

**Teilnahme- und
Einwilligungserklärung am
GLA:D®
Therapiekonzept zur
Datenverarbeitung**

**Bitte schicken Sie das
Original an**

Deutsche Arzt Management
GmbH
Im Teelbruch 118
45219 Essen

**Teilnahme an einem übergreifenden Physiotherapie-Programm,
welches Menschen ein gutes Leben mit Arthrose in Deutschland (GLA:D®) ermöglichen soll.**

A. Erklärung zur Teilnahme am GLA:D Therapiekonzept & Nutzung www.glad-app.de oder der GLA:D App

Über die Inhalte und den Zweck des Versorgungsangebots, den Behandlungsablauf sowie die beteiligten Leistungserbringer wurde ich von der behandelnden Ärztin/ dem behandelnden Arzt aufgeklärt.

Meine Teilnahme ist freiwillig und beginnt mit der Unterzeichnung dieser Erklärung.

Widerrufsbelehrung

Ich kann meine Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach ihrer Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der Deutschen Arzt Management GmbH ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung. Die Widerrufsfrist beginnt mit dieser Belehrung über mein Widerrufsrecht, frühestens jedoch mit der Abgabe meiner Teilnahmeerklärung.

B. Einwilligung in die Erhebung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten

Zur Teilnahme an dem GLA:D Therapiekonzept wird Ihr behandelnder Arzt Sie unter www.glad-app.de registrieren. Um eine verbesserte Versorgung der Patienten zu erreichen, erheben die beteiligten Leistungserbringer medizinische Daten von Ihnen und Sie werden digitale Fragebögen zu unterschiedlichen Zeitpunkten ausfüllen. Diese Daten gehören zur gängigen medizinischen Dokumentation.

Durch die Erhebung Ihrer personenbezogenen Daten bei der Registrierung Ihres Nutzerkontos und der Annahme der AGB und der Datenschutzerklärung (einschließlich der Verwendung von Cookies) erklären Sie Ihre Einwilligung dazu, dass die tinana GmbH und die Deutsche Arzt Management GmbH Ihre personenbezogene Daten in Übereinstimmung mit der Datenschutzerklärung verarbeiten dürfen.

Daten zur medizinischen Dokumentation

Zur kontinuierlichen Weiterentwicklung des Versorgungsprogramms und zu wissenschaftlichen Studien werden demografische Angaben und die Ergebnisse aus den Patientenfragebögen in eine Datenbank eingespeist und in anonymisierter Form durch die Brandenburgischen Technischen Universität Cottbus ausgewertet.

Damit eine eng vernetzte Zusammenarbeit und eine gemeinsame Therapie durchgeführt werden kann ist es erforderlich, dass alle an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer die notwendigen Behandlungsdaten und Befunde kennen. Daher werden Ihre medizinischen Daten zu diesem Zweck in einer gemeinsamen Dokumentation erfasst. Die Daten daraus dürfen nur von den an der Behandlung beteiligten Leistungserbringern und nur für den konkret anstehenden Behandlungsfall im Rahmen des Versorgungsprogramms abgerufen und genutzt werden.

Die jeweils gesetzlich geltenden Datenschutzbestimmungen sowie die ärztliche Schweigepflicht werden dabei eingehalten.

Mir ist bekannt, dass meine Einwilligung zur Erhebung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten freiwillig ist und ich diese jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft schriftlich widerrufen kann. Eine Teilnahme an den *GLA:D® Therapiekonzept* ist dann nicht mehr möglich. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

C. Hiermit erkläre ich meine Teilnahme und willige in die Datenverarbeitung ein:

Datum, Unterschrift Patient/in, Bevollmächtigte/r, gesetzl. Vertreter

Unterschrift, Stempel Zuweiser