

### Chron. Rückenschmerz/ chron. Schmerzen

M45.0 – M49.89 und / oder  
R52.1 / R52.2 / F45.4 /  
F45.40 / F45.41

### Depression

F32.0 / F32.1 / F32.8 /  
F33.0 / F33.4 / F33.8 /  
F42.1

### Psycho-Akut

Akute psychische  
Krise

### Osteoporose

M80.0 – M82.89

### Metabolisches Syndrom

2 ICDs aus E 66.00 – 66.99 /  
E78.0 – E 78.9 / I10.0 – I15.91

## KODIERUNG:

„Richtig“  
ist  
„wichtig“  
!

### Rauchen

F17.0 – F17.9

### Diabetes

(nicht insulinabhängig)

E11.0 – E11.91 / E12.0  
– E12.91 / E13.0 –  
E13.91 / E14.0 – E14.91

### Gon- und Koxarthrose

M16.0 / M16.1 / M16.6 / M16.7  
M17.0 / M17.1 / M17.4 / M17.5

### Herzinsuffizienz

I50.13  
I50.14

### Polymedikation

mind. 5 Medikamente

### Hypertonie

I10.0- I15.91

### Adipositas


E 66.00 – 66.99

### Gut beraten

Dieses Angebot ist für Menschen  
in komplexen Lebenslagen.

**Versicherte mit Diagnosen entsprechend dieser Liste sind als Risikopatienten von Gesundes Kinzigtal eingestuft und erhalten einen finanziellen Vorteil zu unseren Gesundheitsangeboten.**

# Beispiel einer Überweisung an Gesundes Kinzigtal

<b>Krankenkasse bzw. Kostenträger</b> Gesundes Kinzigtal			<b>Überweisungsschein</b>			<b>06</b> Quartal	
<b>Name, Vorname des Versicherten</b> Muster Michael <sup>geb. am</sup> 10.10.75 strickerweg 3d 77716 Haslach			<input checked="" type="checkbox"/> Kurativ	<input type="checkbox"/> Präventiv	<input type="checkbox"/> Behandl. gemäß § 116b SGB V	<input type="checkbox"/> bei belegärztl. Behandlung	3 16
<b>Kostenträgerkennung</b> <b>Versicherten-Nr.</b> <b>Status</b>			<input type="checkbox"/> Unfall Unfallfolgen	Datum der OP bei Leist. nach Abschnitt 31.2		Geschlecht <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> M	
<b>Betriebsstätten-Nr.</b> <b>Arzt-Nr.</b> <b>Datum</b> 999999999    21.09.16			Überweisung an <u>Gesundes Kinzigtal</u>			AU bis	
			<input type="checkbox"/> Ausführung von Auftragsleistungen	<input type="checkbox"/> Konsiliaruntersuchung	<input checked="" type="checkbox"/> Mit-/Weiterbehandlung	<input type="checkbox"/> eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V	
<b>Diagnose/Verdachtsdiagnose</b> E66.01 G, R52.2 G, I10.90 G							
<b>Befund/Medikation</b> Cave: akute LWS-Probleme							
<b>Auftrag</b> Ernährung, Bewegung							
 Dr. med Max Mustermann Allgemeinmediziner Musterstr. 15 81111 Musterstadt TEL 01 48 89 86 86 Fax 01 48 89 86 87 55/1234567						Vertragsarztstempel/Unterschrift des Arztes	

Muster 6 (4.2011)