Organisation der

10-Jahres-Nachuntersuchung

Untersuchertreffen 13.05.2014
Gabriele Damm, ZQ Hannover

Niedersächsisches Frühgeborenen-Nachuntersuchungsprojekt

Ein Projekt der Qualitätsinitiative

in Kooperation mit:

Dieses Projekt wird unterstützt von:

Unter der Schirmherrschaft von Dr. med. Ursula von der Leyen, Bundesverteidigungsministerin

Organisatorische Punkte

- Einbestellung der Patienten
- Listen
- Elterninformation
- Einwilligungserklärung
- Kinogutschein
- Fahrtkostenerstattung
- Abrechnung der Untersuchungen

Elterninformation

Variante Projektpatient

Variante Projektpatient

Niedersächsisches Frühgeborenen-Nachuntersuchungsprojekt

Sehr geehrte Eltern, liebe Familien,

wir erinnern uns noch an die schwierige Situation nach der Geburt Ihres Kindes, welches ja damals nach einer Schwangerschaftsdauer von weniger als 28 Wochen geboren wurde. Nun ist einige Zeit vergangen, in der Ihr Kind, so hoffen wir, sich gut entwickeln konnte.

Sie haben Ihr Kind im Rahmen des Niedersächsischen Frühgeborenen-Nachuntersuchungsprojekts schon zu früheren Untersuchungszeitpunkten (6 Monate, 2 / 5 Jahre) vorgestellt. Uns interessieren nun Informationen über den weiteren Verlauf der Entwicklung Ihres Kindes. Hierbei sind wir, liebe Eltern, wiederum auf Ihre Unterstützung angewiesen. Mit dem Ziel der ständigen Verbesserung der Behandlungsqualität unserer kleinen Patienten, haben wir das Projekt mittlerweile auf den wichtigen Bereich der Entwicklung im Schulalter erweitern können. Wir möchten Sie deshalb bitten, Ihr Kind zu einer weiteren Nachuntersuchung im Alter von 10 Jahren vorzustellen und damit das bundesweit einmalige flächendeckende Qualitätsentwicklungsprojekt zu unterstützen.

Diese Untersuchung ist freiwillig. Sie können die Zustimmung zu der Untersuchung und zur Dokumentation von Daten jederzeit widerrufen, ohne dass Ihnen oder Ihrem Kind ein Behandlungsnachteil entsteht.

Das Verfahren besteht aus mehreren Stufen.

1. Unsere Kinderklinik bzw. das Sozialpädiatrische Zentrum (SPZ) in _____ wird bzgl. einer Terminvereinbarung mit Ihnen Kontakt aufnehmen. Sie stellen Ihr Kind im Alter von 10 Jahren im SPZ vor. Ein Arzt oder eine Ärztin führt ein Gespräch mit Ihnen und untersucht Ihr Kind. Dabei werden keine eingreifenden Untersuchungen durchgeführt, also z.B. kein Blut abgenommen. Um eine aussagekräftige Beurteilung der Entwicklung Ihres Kindes vornehmen zu können, werden ausführliche Testungen in verschiedenen Entwicklungsbereichen vorgenommen. Ferner interessieren wir uns für die Lebensqualität der Kinder.

2. Die Ärzte des Sozialpädiatrischen Zentrums werden die Untersuchungsergebnisse zur Weiterbearbeitung an eine Vertrauensstelle, das Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen (ZQ) in Hannover, weiterleiten. Dort werden die Daten anonym gespeichert und mit den Daten aus der Neugeborenen-Zeit zusammengeführt, so dass die Entwicklung und die Probleme der einzelnen Kinder über einen größeren Zeitraum beurteilt werden können. Das Vorgehen unterliegt den Vorschriften des Datenschutzgesetzes und der ärztlichen Schweigepflicht. Die Eingabe der Daten in den Computer erfolgt also in der Weise, dass ein Rückschluss auf Sie oder Ihr Kind nicht möglich sein wird.

An den Nachuntersuchungen nehmen alle Kinderkliniken in Niedersachsen teil. Für eine Beurteilung der Behandlungsergebnisse ist es natürlich auch wichtig, dass sich möglichst alle Eltern mit ihren Kindern an dieser Untersuchung beteiligen. Die so gewonnenen Ergebnisse sind eine Grundlage für eine Verbesserung in der Versorgung und Betreuung von Frühgeborenen. Für ihr Kind bedeuten die Untersuchungen zudem eine hochqualifizierte Bewertung des Entwicklungsstandes, so dass u.U. auch wichtige Förderungsmaßnahmen noch vor dem Besuch einer weiterführenden Schule eingeleitet werden können.

Diese freiwillige Untersuchung ist keine Kassenregelleistung. Als Dankeschön für die Teilnahme erhält Ihr Kind ein kleines Geschenk (z.B. einen Kinogutschein). Ist Ihnen eine Fahrtkostenerstattung ein wichtiges Anliegen, wenden Sie sich gern an Ihren Untersucher. Wir werden versuchen, Ihnen eine Fahrtkostenerstattung / einen Fahrtkostenzuschuss zu ermöglichen. Zur Teilnahme an den Untersuchungen ist es erforderlich, dass Sie sich schriftlich mit der Datenerhebung und -verarbeitung einverstanden erklären. Lesen und unterschreiben Sie deshalb bitte die beiliegende Einwilligungserklärung und übergeben sie diese an uns. Auf der Rückseite dieses Schreibens ist die Einwilligung in Kopie für Ihre eigenen Unterlagen abgebildet.

Wir danken im Voraus für Ihre Mithilfe.

Unterschrift Klinik

Elterninformation 10 Jahre, Stand: 09.05.2014

Variante Neupatient

Variante Neupatient

Niedersächsisches Frühgeborenen-Nachuntersuchungsprojekt

Sehr geehrte Eltern, liebe Familien,

wir erinnern uns noch an die schwierige Situation nach der Geburt Ihres Kindes, welches ja damals nach einer Schwangerschaftsdauer von weniger als 28 Wochen geboren wurde. Nun ist einige Zeit vergangen, in der Ihr Kind, so hoffen wir, sich gut entwickeln konnte.

Uns interessieren nun Informationen über den weiteren Verlauf nach Verlassen der Klinik. Ziel ist die ständige Verbesserung der Behandlungsqualität unserer kleinen Patienten. Hierbei sind wir, liebe Eltern, auf Ihre Unterstützung angewiesen. Wir möchten Sie bitten, dass Sie Ihr Kind zu vier Nachuntersuchungen vorstellen.

Diese Untersuchungen sind freiwillig. Sie können die Zustimmung zu den Untersuchungen und zur Dokumentation von Daten jederzeit widerrufen, ohne dass Ihnen oder Ihrem Kind ein Behandlungsnachteil entsteht.

Das Verfahren besteht aus mehreren Stufen.

1. Unsere Kinderklinik bzw. das Sozialpädiatrische Zentrum (SPZ) in _____ wird bzgl. einer Terminvereinbarung mit Ihnen Kontakt aufnehmen. Sie stellen Ihr Kind nach 6 Monaten, nach 2, 5 und 10 Jahren* in unserer Kinderklinik / im SPZ vor. Ein Arzt oder eine Ärztin führt ein Gespräch mit Ihnen und untersucht Ihr Kind. Dabei werden keine eingreifenden Untersuchungen durchgeführt, also z.B. kein Blut abgenommen. Um eine aussagekräftige Beurteilung der Entwicklung Ihres Kindes vornehmen zu können, werden ausführliche Testungen in verschiedenen Entwicklungsbereichen vorgenommen. Für die Untersuchung im SPZ ist die Weiterleitung der Untersuchungsbefunde von der Kinderklinik an das SPZ notwendig.

2. Unsere Klinik bzw. das untersuchende Sozialpädiatrische Zentrum wird die Untersuchungsergebnisse zur Weiterbearbeitung an eine Vertrauensstelle, das Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen (ZQ) in Hannover, weiterleiten. Dort werden die Daten anonym gespeichert und mit den Daten aus der Neugeborenen-Zeit zusammengeführt, so dass die Entwicklung und die Probleme der einzelnen Kinder über einen größeren Zeitraum beurteilt werden können. Das Vorgehen unterliegt den Vorschriften des Datenschutzgesetzes und der ärztlichen Schweigepflicht. Die Eingabe der Daten in den Computer erfolgt also in der Weise, dass ein Rückschluss auf Sie oder Ihr Kind nicht möglich sein wird.

An diesen Nachuntersuchungen nehmen alle Kinderkliniken in Niedersachsen teil. Für eine Beurteilung der Behandlungsergebnisse ist es natürlich auch wichtig, dass sich möglichst alle Eltern mit ihren Kindern an dieser Untersuchung beteiligen. Die so gewonnenen Ergebnisse sind eine Grundlage für eine Verbesserung in der Versorgung und Betreuung von Frühgeborenen. Für ihr Kind bedeuten die Untersuchungen zudem eine hochqualifizierte Bewertung des Entwicklungsstandes, so dass u.U. auch wichtige Förderungsmaßnahmen eingeleitet werden können.

Zur Teilnahme an den Untersuchungen ist es erforderlich, dass Sie sich schriftlich mit der Datenerhebung und -verarbeitung einverstanden erklären. Lesen und unterschreiben Sie deshalb bitte die beiliegende Einwilligungserklärung und übergeben sie auf jeden Fall an uns, damit wir wissen, ob Sie an einer Nachuntersuchung interessiert sind. Auf der Rückseite dieses Schreibens ist die Einwilligung in Kopie für Ihre eigenen Unterlagen abgebildet.

Wir danken im Voraus für Ihre Mithilfe.

Unterschrift Klinik

* Je nach Projektstatus ist es möglich, dass Sie nicht zu allen vier genannten Untersuchungs-Zeitpunkten sondern ggf. nur zu einem Teil der Untersuchungen einbestellt werden. Bei Rückfragen können Sie sich gern mit uns in Verbindung setzen.

Elterninformation gesamt, Stand: 09.05.2014

Einwilligungserklärung

Variante Projektpatient

Variante Projektpatient

Klinikstempel

Sehr geehrte Eltern,

bitte füllen Sie diesen Bogen komplett aus und geben ihn bei dem für das Projekt zuständigen Arzt / der für das Projekt zuständigen Ärztin ab (auch für den Fall, dass Sie nicht an diesem Nachuntersuchungsprojekt teilnehmen möchten).

Vielen Dank in voraus.

Niedersächsisches Frühgeborenen-Nachuntersuchungsprojekt

E I N W I L L I G U N G S E R K L Ä R U N G

für die Nachuntersuchung nach 10 Jahren

Name des Kindes: ..... (von der Klinik auszufüllen)

Geburtstag des Kindes: ..... (von der Klinik auszufüllen)

O **Ja**, ich/wir bin/sind mit der Nachuntersuchung meines/unseres Kindes sowie mit der anschließenden anonymen Datenspeicherung und Datenverarbeitung im Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen einverstanden.

O **Nein**, ich/wir bin/sind mit der Nachuntersuchung meines/unseres Kindes sowie mit der anschließenden anonymen Datenspeicherung und Datenverarbeitung **nicht** einverstanden.

Bitte ausfüllen:

Postanschrift und Telefonnummer

..... (Vor- und Zuname der Eltern)

..... (Straße und Hausnummer)

..... (PLZ, Ort)

..... (Telefon, Fax)

.....
(Ort, Datum, Unterschrift der Eltern)

Einwilligungserklärung 10 Jahre, Stand: 29.04.2014

Variante Neupatient

Variante Neupatient

Klinikstempel

Sehr geehrte Eltern,

bitte füllen Sie diesen Bogen komplett aus und geben ihn anschließend bei Ihrem Arzt / Ihrer Ärztin in der Kinderklinik ab (auch für den Fall, dass Sie nicht an diesem Nachuntersuchungsprojekt teilnehmen möchten).

Vielen Dank in voraus.

Niedersächsisches Frühgeborenen-Nachuntersuchungsprojekt

E I N W I L L I G U N G S E R K L Ä R U N G

für die Nachuntersuchungen nach 6 Monaten, 2, 5 und 10 Jahren

Name des Kindes: ..... (von der Klinik auszufüllen)

Geburtstag des Kindes: ..... (von der Klinik auszufüllen)

O **Ja**, ich/wir bin/sind mit der Nachuntersuchung meines/unseres Kindes sowie mit der anschließenden anonymen Datenspeicherung und Datenverarbeitung im Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen einverstanden.

O **Nein**, ich/wir bin/sind mit der Nachuntersuchung meines/unseres Kindes sowie mit der anschließenden anonymen Datenspeicherung und Datenverarbeitung **nicht** einverstanden.

Bitte ausfüllen:

Postanschrift und Telefonnummer

..... (Vor- und Zuname der Eltern)

..... (Straße und Hausnummer)

..... (PLZ, Ort)

..... (Telefon, Fax)

.....
(Ort, Datum, Unterschrift der Eltern)

Hinweis: Diese Einwilligungserklärung wird in der Patientenakte Ihres Kindes abgelegt.

Einwilligungserklärung gesamt, Stand: 29.04.2014

Kinogutschein

Fahrtkostenerstattung

- nur auf Wunsch der Eltern
  (Möglichkeit wird in der Elterninformation angeboten)
- nicht bei allen Eltern aktiv anbieten
- bei sozial benachteiligten Familien aktiv anbieten

REISEKOSTEN - ABRECHNUNG

Name: _____

Adresse: _____

Bank: _____

Swift-Code/BIC: _____ IBAN: _____

Zweck der Reise: _____

Reiseort:

Sitzung am: _____ Beginn: _____ Uhr Ende: _____ Uhr

Abfahrt am: um: Uhr Rückkehr am: um: Uhr

Fahrtkosten lt. BELEGEN

Bahn/ Bus/ Flug € _____

Kraftfahrzeug _____ km zu € 0,30 € _____

Übernachtungen (ohne Frühstück) lt. BELEGEN

___ Nacht/ Nächte zu € € _____

Nebenkosten lt. BELEGEN

z. B. Taxifahrten _____ € _____

€

Gesamtbetrag _____

_____

Datum/Unterschrift

Die von Ihnen erhaltenen Reisekosten werde ich bei meiner nächsten Steuererklärung berücksichtigen.

sachlich richtig: _____

Kontierung: 60150 –

rechnerisch richtig:

Kostenstelle: 760

Abrechnung der Untersuchungen

Abrechnungsformular gemäß der Abrechnungsordnung für Untersucher der Ärztekammer Niedersachsen

Name: _____

Adresse: _____

Bank: _____

Swift-Code/BIC: _____ IBAN: _____

Zweck: Durchführung der Zehn-Jahres-Nachuntersuchung 1-1-001 A

Untersuchungsort: Hannover

Vereinbartes Honorar

geht zu Lasten der

KOSTENSTELLE: 760 _____ €

_____

_____
Datum/Unterschrift

Das von Ihnen erhaltene Honorar werde ich bei meiner nächsten Steuererklärung berücksichtigen.

sachlich richtig:

Kontierung: 60115 –

rechnerisch richtig: