|  |  |
| --- | --- |
| Paritätische Vertrauens- und Qualitätssicherungskommission (PVQK) |  |
|  | Antrag Nr. **PVQK** |  |
|  | Nummer durch das PVQK-Sekretariat zu vergeben |

**Antragsformular PVQK-Fälle**

Dieses Formular ist bei Streitigkeiten auszufüllen, welche sich aus der Anwendung des Tarifvertrages zwischen EVS/SRK und MTK ergeben.

Formular/Beilagen einsenden an:

EVS, Sekretariat PVQK Ergotherapie, Altenbergstr. 29, Postfach 686, 3000 Bern 8

|  |
| --- |
| **Antragssteller/in** |
| **Ergotherapeut/in** [ ]  | **Unternehmen** |   |
| **Versicherer** [ ]  | **Name, Vorname** |   |
|  | **Adresse** |   |
| **PLZ, Ort** |   |
| **Tel. Nr.** |   |
| **E-Mail** |   |
| **Kontaktperson**  |   |
| **GLN/ZSR Ergotherapeut/in** |   |

|  |  |
| --- | --- |
| **Patient/in (Initialen Name, Vorname)** |   |
| **Geburtsdatum** |   |
| **Versicherten-, Unfallnummer** |   |
| **Ärztliche Verordnung(en) durch/vom** |   |   |
| **Diagnose** |   |

|  |
| --- |
| **1. Angaben zum PVQK Fall**  |
| **1.1 Streitgegenstand** |
|   |
| **1.2 Antrag an die PVQK** |
|  |
| **1.3 Begründung** |
|  |
|  **2. Stellungnahme Ergotherapeut/in** |
| **2.1 Auswirkungen der Diagnose auf die Selbständigkeit des Patienten/Patientin in den alltäglichen Verrichtungen?** |
|   |
| **2.2 Was wurde mit der Therapie bisher erreicht?**  |
|   |
| **2.3 Was soll mit der weiteren Therapie erreicht werden (falls geplant)?** |
|   |
| **2.4 Voraussichtliche weitere Behandlungsdauer und Frequenz?** |
|   |
| * 1. **Relevante weitere Informationen**
 |
|   |
| **2.6 Ergänzende Beilagen** |
|   |

Die Richtigkeit der oben erwähnten Angaben bestätigt der/die behandelnde Ergotherapeut/in:

Ort, Datum:

Unterschrift:

|  |
| --- |
| **3. Stellungnahme Versicherung** |
| * 1. **Antrag an die PVQK**
 |
|   |
| **3.2 Begründung**  |
|   |
| **3.3 Ergänzende Beilagen** |
|   |

Die Richtigkeit der oben erwähnten Angaben bestätigt die Ansprechperson der Versicherung:

Ort, Datum:

Unterschrift: