

BVSD-Umfrage / Terminservicestellen

Liebe BVSD-Mitglieder,

am 25. Januar 2016 wurden von den Kassenärztlichen Vereinigungen regional sogenannte Terminservicestellen eingeführt. Sie sollen Patienten mit einer Überweisung innerhalb von vier Wochen einen Termin beim Facharzt vermitteln. Dies hat die Bundesregierung mit dem Versorgungsstärkungsgesetz so festgelegt.

Vereinzelt erreichen den BVSD Meldungen von Mitgliedern, die von ihren jeweiligen KV-Terminservicestellen um Termine für Patienten zur schmerztherapeutischen Behandlung aufgefordert wurden. Um feststellen zu können, wie hoch der Grad der Anfragen von KV Terminservicestellen für eine schmerzmedizinische Behandlung tatsächlich ist und zur Vorbereitung eventueller berufspolitischer Aktivitäten, bitten wir Sie um Ihre Unterstützung. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen aus und senden ihn baldmöglichst an die Bundesgeschäftsstelle per Mail

bgst@bv-schmerz.de oder **Fax 030 / 2 88 67 261.**

Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Ihre BVSD-Geschäftsstelle

<p>1. Wurden Sie von Ihrer zuständigen KV-Terminservicestelle um kurzfristige Termine (innerhalb von 4 Wochen) für Patienten zur schmerztherapeutischen Behandlung gebeten?</p> <p>JA <input type="checkbox"/></p> <p>NEIN <input type="checkbox"/></p>	
<p>2. Falls JA, wie hoch war die Anzahl der Patienten für die Ihre zuständige KV-Terminservicestelle Sie um kurzfristige Terminvergabe zur schmerztherapeutischen Behandlung gebeten hat?</p> <p>Anzahl Patienten <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/></p>	
<p>3. Bitte geben Sie die für Sie zuständige KV an:</p> <p>Kassenärztliche Vereinigung (Name): <input style="width: 400px; height: 25px;" type="text"/></p>	
<p>4. Wie hoch ist die durchschnittliche Wartezeit für die Neuvorstellung eines Schmerzpatienten in Ihrer schmerzmedizinischen Einrichtung?</p> <p>Anzahl Wochen <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/></p> <p>Anzahl Monate <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/></p>	
<p>5. Bitte geben Sie Ihren Namen und PLZ/Ort Ihrer schmerzmedizinischen Einrichtung an:</p> <p>Name <input style="width: 600px; height: 25px;" type="text"/></p> <p>PLZ/Ort <input style="width: 150px; height: 25px;" type="text"/> <input style="width: 400px; height: 25px;" type="text"/></p>	

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!