


SmartCare Newsletter


Oktober 2013



Neues Formular Studienende eines Patienten

Abschluss eines Patienten nach Beendigung der Studienteilnahme

	
Studienende für einen Patienten / Erklärung des Prüfarztes	
Randomisiert, kontrollierte klinische Studie zur Untersuchung der Wirksamkeit und des klinischen Nutzens der Unterdruck-Wundtherapie zur Behandlung von Diabetischen Fußwunden im Vergleich zur Standard-Wundtherapie	Zentrum-ID: _____
	Rando-Nr: _____

 **Gesundheitsforen Leipzig**
Faxen Sie das ausgefüllte, unterschriebene Formular bitte an:
Fax-Nummer **089 999 8179 01**

Erklärung des Prüfarztes:
(Hinweis: Die Erklärung ist zu unterschreiben, nachdem alle Daten in das eCRF eingetragen und alle Queries beantwortet wurden)

Ich habe sämtliche relevanten/verfügbaren Quelldaten in den eCRF übertragen und versichere nach bestem Wissen und Gewissen, dass die Informationen vollständig und korrekt sind.
(Hinweis: Nach Abgabe dieser Erklärung des Prüfarztes zum Studienende können sich ggf. weitere Nachfragen innerhalb des Query-Managements ergeben, welche vom Studienteam beantwortet werden müssen)

Name des Prüfarztes (in Druckbuchstaben): _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

20130830_DiaFu_Studienende_V01

Sobald ein Studienpatient das Follow-Up nach 6 Monaten durchlaufen hat, Sie die Dokumentation abgeschlossen haben und alle Fragen der Monitore beantworten wurden, füllen Sie bitte dieses Formular aus und faxen es an folgende Nummer:

Fax-Nummer: 089 – 9998179-01

Dies gilt auch für die bereits abgeschlossenen Patienten


Terminierung der Visiten


Datumseingabe bei Terminierung der Visiten

* kennzeichnet ein Pflichtfeld

Studienteilnehmer-ID: 2090

Studienereignis-Definition: *

Startdatum/Uhrzeit:  : (DD.MMM.YYYY HH:MM) *

Enddatum/-zeit:  : (DD.MMM.YYYY HH:MM)

Lassen Sie dieses Feld leer, wenn das Enddatum/die Endzeit nicht zutreffend sind.

Bitte tragen Sie beim Terminieren der Visiten immer das Datum, an dem die Visiten **tatsächlich** stattgefunden haben, ein.

Hierzu benutzen Sie bitte die Kalenderfunktion.

Terminierung der Visiten

Dokumentationshilfe

Nach der Randomisierung eines Patienten erhalten Sie von uns zeitnah für jeden Patienten eine individuelle Termin-Übersicht mit den gemäß Visitenplan durchzuführenden Visiten. Wir hoffen, dass wir Sie so bei der Terminierung unterstützen können.

Visite – Erreichen maximaler Behandlungsdauer (EMB)

Diese Visite sollte am Tag 112 (+/- 2 Tage) nach der Randomisierung stattfinden, sollte nicht vorher ein Wundverschluss erzielt worden sein.

Pumpenanmeldung und Abmeldung

Korrektes Datum und Therapieunterbrechung

Bitte melden Sie die Pumpen mit dem jeweils korrekten Datum an und ab. Dabei sind immer die ambulanten Behandlungstage maßgebend.

Sollte ein Patient während der aktiven Behandlungsphase stationär aufgenommen werden, melden Sie auch in diesem Fall bitte die Pumpe ab und nach der Entlassung wieder an.

Dies kann ggfs. telefonisch über unsere Hotline erfolgen.

Telefon 089 – 9998179-33

Teilnahme- und Datenfreigabeerklärungen

Patientendokumente

Anlage 4: Teilnahme- und Datenfreigabeerklärung

Teilnahme- und Datenfreigabeerklärung

Integrierte Versorgung nach § 140a H. SGB V
für Patienten mit chronischen Wunden

Per Fax an: Gesundheitsforen Leipzig GmbH (Managementgesellschaft)
Fax: 089 - 999 8179 01

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

gib an

Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertagungs-Nr.	VK gültig bis	Datum

Rechtsgültigkeit für die Patienten:

- Original ist Pflicht
- eine Kopie 100% rechtsverbindlich
- eine Kopie 100% in Kopierqualität abgeben
- eine Kopie 100% in Kopierqualität abgeben

Bitte bestellen Sie rechtzeitig neue Patientendokumente über unseren **HelpDesk**

Telefon 089 – 9998179-33

E-Mail support@wound-care.de

Die **Originale** und die **weißen** Durchschläge der unterzeichneten Teilnahme- und Datenfreigabeerklärung übersenden Sie bitte innerhalb von **5 Werktagen** an die Gesundheitsforen Leipzig (Münchener Anschrift). Sie ist die rechtliche Grundlage für die Abrechnung und Auszahlung der Pauschalen.

Teilnahme- und Datenfreigabeerklärungen

Korrektes Ausfüllen

Bitte beachten Sie folgende Punkte beim Ausfüllen der Teilnahme- und Datenfreigabeerklärung:

- das Datum auf der Erklärung muss mit dem Datum in der Datenbank übereinstimmt und vor dem 1. ambulanten NPWT-Behandlungstag liegen
- bitte setzen Sie auf der 2. Seite ein Klinikstempel
- bitte achten Sie darauf, dass auf der 3. Seite „Ja“ angekreuzt wird

Bei Problemen oder Fragen rund um SmartCare wenden Sie sich bitte an das HelpDesk

HelpDesk

Telefon 089 – 9998179-33

E-Mail support@wound-care.de

Das Team der Gesundheitsforen bietet die Möglichkeit einer SmartCare Nachschulung an.

Eine Nachschulung erfolgt ausschließlich als live Online-Schulung. Sollten Sie eine Nachschulung wünschen, wenden Sie sich bitte an das HelpDesk Team unter der oben genannten Telefonnummer.