



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Formular CHOP-Antrag

Antragsteller

Name / Institution

Adresse

Tel. / E-Mail

Problembeschrieb:

Betrifft ihr Problem tatsächlich eine Leistung oder ist die Problematik eher einem Prozess zuzuschreiben?

Bei einem Antrag für einen spezifischen Kode:

Kann die Leistung durch eine Kombination von bestehenden Codes abgebildet oder kann die Leistung durch ein «inklusive» einem bestehenden Kode zugeordnet werden?

Wurde der Antrag mit anderen betroffenen Spitälern/Kliniken, Fachgebieten und Fachgesellschaften koordiniert?

Wenn ja, mit wem haben Sie den Antrag besprochen?

Wird der Antrag von den betroffenen Spitälern/Kliniken, Fachgebieten und Fachgesellschaften so wie er formuliert ist unterstützt?

Ja: ☐

Nein: ☐

Wird der Antrag eventuell bereits über die FMH oder einer Fachgesellschaft eingereicht?

Ja: ☐

Nein: ☐

Wenn ja, durch welche Organisation?

Ist ihr Antrag für das Abrechnungssystem relevant?

Ja: ☐

Nein: ☐

Wie viele Fälle sind jährlich vom Antrag betroffen?

Wie hoch ist die Kostendifferenz zwischen dem aktuellen Vorgehen und dem Lösungsvorschlag?

Betrifft ihr Antrag ein neues innovatives Verfahren?

Ja: ☐

Nein: ☐

Ist ihr Antrag für die Qualitätssicherung relevant?

Ja: ☐

Nein: ☐

Ihr Lösungsvorschlag: