

## Welchen Feedback-Bericht hätten Sie gerne?

Sie können sich für jedes DMP individuell überlegen, welche Variante des Feedback-Berichts Sie bevorzugen. **Bitte beachten Sie dabei, dass wir Ihnen pro DMP nur eine Variante erstellen können und dass nicht alle Varianten in allen DMP angeboten werden** (siehe Ankreuztabelle unten).

Folgende Varianten bieten wir Ihnen zur Auswahl an:

- **Standard:** klassischer Rückmeldebericht mit Darstellung der Qualitätszielerreichung, vertiefenden Auswertungen und Listen auffälliger Patienten.
- **Kommentiert:** eine um kommentierte Vergleiche erweiterte Version, in der hinsichtlich ausgewählter Aspekte die Situation in Ihrer Praxis mit der in allen Praxen verglichen und Abweichungen besonders hervorgehoben werden.
- **Kompakt:** ein gekürzter Rückmeldebericht mit Darstellung der Qualitätszielerreichung und Listen auffälliger Patienten.

## Wie hätten Sie den Feedback-Bericht gerne übermittelt?

Sowohl Feedback-Berichte als auch Reminder werden nach Erscheinen für Sie im KVNO-Portal bereitgestellt. Auf Wunsch schicken wir Ihnen die Dokumente gerne zusätzlich per Post zu. Kreuzen Sie hierfür, unabhängig von der Variante, in der folgenden Tabelle in den Spalten **Postalischer Versand** die entsprechende Auswahl an.

	Feedback-Variante - nur ein Kästchen ankreuzen -			Postalischer Versand	
	Standard	Kommentiert	Kompakt	Feedback	Reminder
Diabetes mellitus Typ 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus Typ 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koronare Herzkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COPD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brustkrebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Arztstempel

---

*Unterschrift*

Senden Sie Ihre Antwort bitte an das Zi DMP-Projektbüro - Fax: 0221 7763 6767

Email: [zi.dmp@kvno.de](mailto:zi.dmp@kvno.de)