Ønske om endring eller feilretting i STG/DRG-systemet

Ved forespørsler om nye STG/DRG-er eller endringer i STG/DRG-systemet skal dette skjemaet benyttes.

Vennligst last ned skjemaet og fyll det ut elektronisk. Alle hvite felter skal fylles ut. Skriv «ikke aktuelt» dersom feltet ikke kan benyttes.

Dokumentet sendes til: drginfo@helsedir.no.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Avsender** | *Navn* | *Stillingsbetegnelse* |
|  |  |
| *Arbeidssted* | *E-post og telefonnummer* |
|  |  |
| **Faglig kontaktperson** Kan kontaktes ved behov for faglig avklaring. | *Navn*  | *Stillingsbetegnelse* |
|  |  |
| *Arbeidssted* | *E-post og telefonnummer* |
|  |  |
| **RHF/HF/fagmiljø som står bak endringsønsket** | *Sett inn betegnelse på det aktuelle fagmiljøet* |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Hvilke(n) STG/DRG(er) gjelder endringen**? | *Navn på STG/DRG(er)* |
|  |
| **Type endring (kryss av)** | *Ny STG/DRG*  | *Endre eksisterende STG/DRG/ mulig feil i STG/DRG* | *Fjerne STG/DRG* | *Annet* |
|  |  |  |  |
| **Bakgrunn for endringsønske**  | *Detaljert forklaring på hvorfor en STG/DRG ønskes opprettet, fjernet eller endret.* *Legg gjerne ved et eksempel, eller en representativ beskrivelse som eget vedlegg.* |
|  |
| **Anslagsvis antall episoder med utførte prosedyrer eller påviste tilstander årlig (nasjonalt)**  | *Presiser evt. om dette kun er aktuelt for ett behandlingssted.* |
|  |
| **Ved ønske om ny STG/DRG:** | *Gjelder STG/DRGen etablert behandling i Norge, eller er metoden utprøvende?* |
|  |
| **Kostnadsinformasjon som underbygger endringsønsket** | *Legg gjerne ved kostnadsdata som eget vedlegg.* |
|  |
| **Evt. supplerende informasjon:** | *Referanser, dokumenter, lenker o.a.* |
|  |

Ved spørsmål, kontakt drginfo@helsedir.no.