

Liebe zukünftige eCoverly Patient*innen,

Die Seiten 2, 3 und 4 in diesem Dokument sind wichtige Formulare für Ihre Ärzt*innen oder Therapeut*innen. Bitte drucken Sie diese im A4 Format aus.



Formular in der Praxis vorzeigen und Diagnose bestätigen.

Zeigen Sie Ihrem/r Arzt/Ärztin und Therapeut*in dieses Formular und lassen Sie Ihre Diagnose für die Therapie-App bestätigen.

Das dauert nur wenige Minuten.



Diagnose-Formular an uns senden.

Wir benötigen Ihre Diagnose, um die richtige Therapie für Sie bereitzustellen. Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular per eMail an support@ecoverly.de oder lassen Sie es direkt von der Praxis faxen: +49 (0) 341 86094956



Individuellen Trainings-Code erhalten.

Mit diesen Informationen kontaktiert Sie unser Team und stellt Ihnen einen Code für die App und das richtige Training bereit. Jetzt kann es losgehen.



App auf dem Smartphone laden und trainieren.

Mit dem Trainings-Code und der App (für iOS und Android) sind Sie bereit für Ihren digitalen Therapie-Helfer.

Viel Erfolg und gute Besserung!



Hiermit entbinde ich [Patient*in],

| | |
|--------------|---------------|
| Name | |
| Anschrift | |
| Geburtsdatum | Email-Adresse |

den/die mich behandelnde/r Ärztin/Arzt und/oder Therapeut*in

| | |
|-----------------|--|
| Name | |
| Anschrift | |
| Internetadresse | |

von ihrer/seiner Schweigepflicht. Ich bitte Sie in diesem Zusammenhang, der

eCoverly GmbH

Spinnereistraße 7

04179 Leipzig

F: +49 (0) 341 86094956

Auskünfte über meinen gesundheitlichen Zustand hinsichtlich der bei mir vorliegenden Diagnose (inkl. ICD-Code) am Knie zu geben. Die Erteilung der Auskunft an die eCoverly GmbH erfolgt ausschließlich zu dem Zweck, die bei mir vorliegende Diagnose am Knie zu bestätigen. Die Erlaubnis zur Übermittlung der Informationen gilt zeitlich unbefristet bis zu meinem Widerruf.

Ich bin darüber informiert, dass ich diese Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit und ohne Begründung für die Zukunft widerrufen kann. Dies hat zur Folge, dass mein/e behandelnde/r Arzt/Ärztin und Therapeut*in keine weiteren Informationen mehr an die eCoverly GmbH weiterleiten darf.

| |
|--|
| |
|--|

Ort, Datum, Unterschrift [Patient*in]



Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,

mit diesem Schreiben erreicht Sie die Bitte eines Patienten, eine vorliegende Diagnose am Kniegelenk zu bestätigen und an uns (die eCcovery GmbH) zurückzusenden. Ich möchte Ihnen zu diesem Vorgang den nötigen Hintergrund liefern.

Die eCcovery Therapie-App ist ein Medizinprodukt, welches gemeinsam mit Ärzten und Physiotherapeuten an der Universitätsklinik Leipzig entwickelt wurde. Dabei handelt es sich um eine App, die Ihren Patienten individuell und medizinisch fundiert Heimübungen für Erkrankungen am Kniegelenk bereitstellt (Details siehe Infokasten unten).

Um den Patienten die jeweils richtigen Diagnosen und Therapiepläne zuzuordnen, bitte ich Sie um Ihre Mithilfe und um eine kurze Bestätigung der vorliegenden Diagnosen auf dem beiliegenden Formular. Sie tragen damit entscheidend zur Verbesserung der Rehabilitation Ihres Patienten bei - ganz herzlichen Dank.

Als junges Unternehmen sind wir an weiteren Praxis-Kooperationen sehr interessiert. Wenn Sie mehr zu eCcovery erfahren und/oder Ihren Patienten künftig auch Informationen zukommen lassen möchten, nehmen Sie bitte über alexander.georgi@eccovery.de oder 0341/2273 5995 kurz Kontakt zu mir auf - ich freue mich auf den Austausch.

Herzlichst

Dr.med. Alexander Georgi

Gründer eCcovery GmbH / FA f. Orthopädie u. Unfallchirurgie

Über die eCcovery Therapie-App: Medizinische Zweckbestimmung nach Medizinprodukterecht

Die eCcovery Therapie-App ist eine "Standalone Software" für derzeit zwei muskuloskelettale Erkrankungen und Verletzungen des Kniegelenks im Bereich Meniskus und Arthrose. Inverkehrbringer ist die eCcovery GmbH (www.eccovery.de). Mit Hilfe der Therapie-App soll eine verbesserte Versorgung und dadurch gesteigerte Therapieadhärenz mittels aktiver Bewegungstherapie zuhause erreicht werden. Die eCcovery Therapie-App ermöglicht es den Patienten*innen, von zuhause aus wissenschaftlich geprüfte und von Physiotherapeut*innen empfohlene Therapiepläne über das Smartphone abzurufen, diese zuhause selbstständig durchzuführen und den Trainingsfortschritt zu dokumentieren. Die eCcovery Therapie-App zeichnet durchgeführte Trainingseinheiten auf, um die Therapieadhärenz zu dokumentieren. Des Weiteren beinhaltet die Therapie-App motivationale Elemente wie eine Kalenderfunktion zum Planen der Trainingstage. Die Therapie-App ermöglicht es, das Training an den eigenen Alltag und die individuellen Trainingsmöglichkeiten anzupassen. Ebenso erfolgt mit der Therapie-App eine Überwachung des Trainingsfortschritts mittels Aufzeichnung des Schwierigkeits- und Schmerzlevels und der Trainingsintensität. Über die Eingabe des Schmerzlevels wird sichergestellt, dass die Patient*innen kein Training absolvieren können, wenn ein systemseitig-vordefiniertes Schmerzlevel überschritten wird. Die Therapie-App dient ausdrücklich nicht zur Diagnosefindung oder Überwachung der Erkrankung oder Verletzung. Diese obliegt allein dem*der Ärzt*in/Behandler*in.



| | |
|--------------------------------|---------|
| KRANKENKASSE BZW. KOSTENTRÄGER | DATUM |
| NAME, VORNAME DES VERSICHERTEN | GEB. AM |

BITTE PER TELEFAX ODER SCAN
ZURÜCK AN
ECOVERY GMBH

+49 (0) 341 86094956
SUPPORT@ECOVERY.DE

Liebe Kolleg*innen,

Bitte kreuzen Sie die entsprechende Diagnose(n) des/r o.g. genannte*n Patient*in an. Wenn möglich, spezifizieren Sie die Behandlungsdiagnose und teilen Sie uns weitere Behandlungsvorschläge mit. Für eine direkte Übermittlung des Formulars per Fax oder Scan aus Ihrer Praxis bedanken wir uns bereits jetzt recht herzlich.

INDIKATIONSSCHLÜSSEL

- M17.(0-9)** GONARTHROSE
- M22.4** CHONDROMALACIA PATELLAE
- M25.96** GELENKSCHMERZ: UNTERSCHENKEL [FIBULA, TIBIA, KNIEGELENK]
- M94.6** CHONDROMALAZIE: UNTERSCHENKEL [FIBULA, TIBIA, KNIEGELENK]
- M99.96** BIOMECHANISCHE FUNKTIONSTÖRUNG - NICHT NÄHER BEZEICHNET: UNTERE EXTREMITÄT
- M23. (0-39)** MENISKUSERKRANKUNG

FREITEXT // BEMERKUNGEN

Aufgrund der vorliegenden Untersuchungsbefunde bestätige ich die o.g. Diagnose(n).

Datum

Name des/r Arzt/Ärztin und Therapeut*in

Stempel und Unterschrift
[Arzt/Ärztin und Therapeut*in]