



Rheumatologische Schwerpunktpraxis Heilbronn Ina Wolf

Rheumatologische Schwerpunktpraxis Heilbronn Ina Wolf - Herbststraße 15 - 74072 Heilbronn
Telefonnummer: 07131 / 8870132 - Faxnummer: 07131 / 8870136

Terminanfrage für dringende Fälle/zeitnahe Vermittlung

Sehr geehrte Kollegen,

um Ihrem Patienten einen vorgezogenen Termin anbieten und die Dringlichkeit besser einschätzen zu können, bitten wir Sie den Fragebogen vollständig auszufüllen und mit folgenden Unterlagen an **07131 / 8870136** zurück zuzufaxen.

- aktuelle Überweisung
- aktueller Medikamentenplan
- Laborwerte
- relevante Vorbefunde

Angaben zum Patienten

Name: _____

Telefonnummer: _____

- Neupatient/in
- Patient/in bei unsere Rheumatologie bereits bekannt
- Patient/in anderweitig rheumatologisch betreut

Handelt es sich um einen hausarztvermittelten Termin (nach TSS)

- Ja (BSNR: 611945400)
- Nein

Grund für den zeitnahen Termin

Überweisender Arzt (bitte auch Faxnummer leserlich angeben)

(Bitte mit Praxisstempel)

Sie erhalten in den folgenden Werktagen einen Termin von uns mitgeteilt. Bitte teilen Sie den Termin dem Patienten mit!

Bitte beachten Sie, dass falls es sich um einen Hausarztvermittlungsfall handelt, die Überweisung wie folgt ausgefüllt werden soll:

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Name, Vorname des Versicherten</td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten		geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<h3 style="text-align: center;">Überweisungsschein</h3> <div style="text-align: right;">06 Quartal</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 40%;"> <input type="checkbox"/> Kurativ <input type="checkbox"/> Präventiv <input type="checkbox"/> Behandl. gemäß § 116b SGB V <input type="checkbox"/> bei belegärztl. Behandlung </div> <div style="width: 15%; text-align: center;">Q J J</div> <div style="width: 15%; text-align: center;">Geschlecht</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 40%;"> <input type="checkbox"/> Unfall Unfallfolgen </div> <div style="width: 30%;">Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2</div> <div style="width: 15%; text-align: center;">T T M M J J</div> <div style="width: 5%;"></div> </div> <div style="margin-top: 5px;"> Überweisung an Rheumatologie (BSNR: 611945400) </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="width: 40%;"> <input type="checkbox"/> Ausführung von Auftragsleistungen <input type="checkbox"/> Konsiliaruntersuchung <input type="checkbox"/> Mit-/Weiterbehandlung </div> <div style="width: 15%; text-align: center;">T T M M J J</div> </div> <div style="margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V </div>
Krankenkasse bzw. Kostenträger													
Name, Vorname des Versicherten		geb. am											
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status											
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum											
Diagnose/Verdachtsdiagnose <hr/> <hr/>													
Befund/Medikation <hr/> <hr/>													
Auftrag Hausarztvermittlungsfall (BSNR: 611945400)		<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 80px; margin: 0 auto;"></div> <small>Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</small>											

