

Überweisungsschein

06

Quartal

☐ Kurativ ☐ Präventiv ☐ Behandl. gemäß § 116b SGB V ☐ bei belegärztl. Behandlung

Q J J

Geschlecht

☐ Unfall Unfallfolgen Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2 T T M M J J

Überweisung an

☐ Ausführung von Auftragsleistungen ☐ Konsultation ☐ Mit-/Weiterbehandlung T T M M J J☐ eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 6 (10.2019)

BSNR Hautarztpraxis Huber/Heister 621611100

Terminausschlüsse seitens des Patienten: _____ ☐ keine

Ihre Faxnummer für Terminmitteilung: _____

Termin (wird durch Praxis Huber/Heister ausgefüllt):

Anleitung Terminanfrage Hausarztvermittlungsfall

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

1. Erstellen Sie die übliche **Überweisung auf Hausarztvermittlungsfall**.
2. Senden Sie diese mit diesem Formular **per Fax an 07541 3986572**.
3. Sie erhalten den HAV-Terminvorschlag i.d.R. am selben Tag per Fax während unserer Öffnungszeiten zurück.
4. Die **Terminmitteilung an den Patienten** erfolgt über Sie als **anfragende Praxis**.
5. Die **Überweisung muss im Original zum Termin** mitgebracht werden.

**Wir bieten weiterhin eine direkte Terminvereinbarung für HAV über Doctolib.**

hierfür müssen Sie in unserem Überweisernetzwerk registriert sein und als Arzt den Termin vereinbaren. Sollten Sie noch keine Einladung zum Überweisernetzwerk erhalten haben, melden Sie sich gerne.

Vielen Dank für die gute kollegiale Zusammenarbeit.

**Ihre Haut
schützt Sie ■
Wir schützen
Ihre Haut ■**Dermatologische Praxis
Dr. med. Moritz Huber und
Dr. med. Martin HeisterEhlerstraße 19
88046 FriedrichshafenTel. 07541 74324
Fax 07541 3986572
info@hautsachegesund.dewww.hautsachegesund.de