



Anmeldung Hausarztvermittlungsfall für Kooperationspraxen

Datum der Vermittlung	
Hausarzt Praxis	Name (<u>behandelnder Arzt</u>) + Praxis- Stempel (Pflicht!) <u>Direkte</u> Rückrufnummer zum Arzt:
Patient	Name: Geburtsdatum: Tel:
Grund	Fachbereich: O Urologie O Gastroenterologie Beschwerden (kurz und prägnant, aber Dringlichkeit wahrheitsgemäß und detailliert begründen): Auftrag (z.B. ÖGD, Zystoskopie): Risikorelevante Vorerkrankungen (z.B. Immobilität? komplexe Grunderkrankung? Blutverdünnung? Herz-/Lungenerkrankung?):

- ☐ ***Bitte komplett ausfüllen und***
- ☐ ***mit Überweisungsschein (obligat!)***
- ☐ ***faxen an: 089 - 244 10 02 99***



☐ *wird von der Praxis Dr. Brand ausgefüllt* ☐

MFA-Check: ☐ MA, ☐ EP, ☐ NP, ☐ MOM, ☐ AH, ☐ CF

"Stamm"-Zuweiser: ☐ JA ☐ NEIN

Arzt-Check inkl. Unterschrift: ☐ BK, ☐ BV, ☐ PM

Indikation & Dringlichkeit korrekt? ☐ JA ☐ NEIN

Termin in ☐ 1- 4 Tage ☐ 10-15 Tage ☐ 30-35 Tage
☐ "Normaler Termin" > 35 Tage

☐ *wird von der Praxis Dr. Brand ausgefüllt* ☐

Wichtige Hinweise:

- eine Bearbeitung erfolgt nur mit 1.) Stempel 2.) Überweisungsschein
- kein Ausfüllen durch Patienten möglich (entsprechend der gesetzlichen Vorgaben!)
- Nur für unsere eng kooperierenden Hausarztpraxen
 - d.h. örtliche Nähe und regelmäßig werden gemeinsame Patienten betreut
 - **gehört Ihre Praxis nicht dazu, prüfen wir zwar den Fall, müssen aber leider in der Regel aufgrund von Kapazitätsproblemen ablehnen. Bitte wenden Sie sich dann an Ihre eng verbundene Facharztpraxis in Ihrer Gegend oder über die TSVG-Vermittlungsstelle**
- Nach Bearbeitung melden wir uns bei der Arztpraxis per Telefon oder Rückmeldeformular sowie im Fall der Annahme direkt bei den Patienten