

**ÜBERWEISUNG
AMBULANT SPEZIALFACHÄRZTLICHE
VERSORGUNG (ASV)**

SEHR GEEHRTE PATIENTIN, SEHR GEEHRTER PATIENT,

damit wir Sie bei uns behandeln können, bitten wir Sie uns jedes Quartal einen korrekt ausgefüllten Überweisungsschein Ihres Haus- oder Facharztes mitzubringen. In Ihrem Fall werden Sie bei uns im Rahmen der „Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung nach §116b SGB V“ (ASV) versorgt. Dafür ist es wichtig, dass Ihr Überweisungsschein wie folgt von Ihrem Haus- oder Facharzt ausgefüllt wird:

- » Wir bitten das Feld „Behand. gemäß §116b SGB V“ sowie „Mit-/Weiterbehandlung“ ankreuzen zu lassen
- » Die **Behandlungsdiagnose sollte in ICD 10-Verschlüsselung** angegeben sein
- » Es ist notwendig, dass das Ausstellungsdatum des Überweisungsscheins vor oder spätestens am ersten Untersuchungstag datiert ist.

Bitte gehen Sie mit dieser Information zu Ihrer niedergelassenen Praxis und bitten diese, den Überweisungsschein entsprechend auszufüllen.

Mit freundlichen Grüßen
Ihr Team der
Onkologischen Ambulanz
Tel. 07022 / 78-23016
Fax 07022 / 78-26429

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Überweisungsschein

06

Quartal

bei belegärztl. Behandlung

Geschlecht

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

Unfall, Unfallfolgen Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2

Überweisung an **Onkologie**

Ausführung von Auftragsleistungen Konsiliaruntersuchung Mit-/Weiterbehandlung

eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Bitte hier die Behandlungsdiagnose wie folgt eintragen (nur gesicherter Primarius): z.B. C26.8G

Befund/Medikation

Auftrag

Ausstellungsdatum = erster Behandlungstag des Pat. in der Medius Klinik im neuen Quartal.

Arztpraxis im **Urlaub?**
→ **Vertretungspraxis** füllt die Überweisung aus.

Vertragsarztstempel/Unterschrift des Arztes

mKN-973-0724