

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

An Krankenhaus

## Bitte an das behandelnde Krankenhaus faxen!!!

Nachrichtlich per Fax an die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg: 040 / 22 802 - 420

# Einweisung / Überweisung

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

der unten genannte Patient informierte uns darüber, dass Ihrerseits noch weitere Unterlagen des behandelnden Vertragsarztes angefordert worden seien. Dieser Bitte können wir aus folgenden Gründen jedoch nicht nachkommen:

(bitte ankreuzen)

**Einweisung plus Überweisung**

Für einen Patienten, der ins Krankenhaus eingewiesen wird, zusätzlich eine Überweisung anzufordern, ist unzulässig.

**Doppelte Einweisung**

Eine zweite Einweisung für denselben Behandlungsfall auszustellen, ist unzulässig.

**Einweisung zur ambulanten Nachsorge**

Eine Einweisung zur ambulanten Nachsorge („Kontrolluntersuchung“, „Wiedervorstellungstermin“) auszustellen, ist unzulässig.

**Einweisung zur „Spezialsprechstunde“**

Es handelt sich nicht um eine prästationäre Vorstellung, sondern um eine klar erkennbare ambulante Versorgung im Krankenhaus. Mit einer Einweisung das Fehlen einer Ermächtigung zu umgehen, ist unzulässig.

**Weitere Informationen**

Wir bitten Sie, den Patienten im Rahmen der zuvor ausgestellten Einweisung/Überweisung zu behandeln.

Name des Patienten: \_\_\_\_\_

Unterschrift des Patienten: \_\_\_\_\_

(mit der er sich einverstanden erklärt, dass seine Daten per Fax an das Krankenhaus und die KVH übermittelt werden)

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_

Unterschrift des Arztes/der Ärztin

Praxisstempel