**MEDIZINISCHES ÜBERWEISUNGSFORMULAR [A blue background with white text

Description automatically generated](https://de.smartsheet.com/try-it?trp=49942&utm_language=DE&utm_source=template-word&utm_medium=content&utm_campaign=ic-Medical+Referral+Form-word-49942-de&lpa=ic+Medical+Referral+Form+word+49942+de)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **AUSGEFÜLLTES ÜBERWEISUNGSFORMULAR ZURÜCK AN** | | | | | | | |
| **Z. HD.** |  | | | **FAX** |  | | |
| **TELEFON** |  | | | **E-MAIL-ADRESSE** |  | | |
| **FORMULAR AUSGEFÜLLT VON** | |  | **TELEFON** |  | | **DATUM** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **EMPFOHLEN VON** | | | |
| **ÜBERWEISENDER ARZT** |  | **TELEFON** |  |
| **SPEZIALGEBIETE** |  | **FAX** |  |
| **ÄRZTLICHE UNTERSCHRIFT** |  | **E-MAIL-ADRESSE** |  |
| **HAUSARZT**, falls abweichen |  | **TELEFON DES HAUSARZTES** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PATIENTENINFORMATIONEN** | | | | |
| **NACHNAME** |  | **VOR- UND ZWEITNAMEN** |  | |
| **GEBURTSDATUM** |  | **WEIBLICH / MÄNNLICH** |  | |
| **DOLMETSCHER ERFORDERLICH?** |  | **SPRACHE ERFORDERLICH** |  | |
| **NAME DES GESETZLICHEN VERTRETERS** |  | **VERHÄLTNIS ZUM GESETZLICHEN VERTRETER** |  | |
| **ADRESSE DES PATIENTEN** |  | **MOBILTELEFON** |  | |
|  | **FESTNETZ** |  | |
|  | **GESCHÄFTLICHE TELEFONNUMMER** |  | |
|  | **E-MAIL-ADRESSE** |  | |
| **ÜBERWEISUNGSDIAGNOSE** |  | | **ICD-9** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SERVICE ANGEFORDERT** | | | | | | |
| **ÜBERWEISUNGSGRUND** |  | | | | | |
| **KENNT PATIENT DEN ÜBERWEISUNGSGRUND? FALLS NICHT, BITTE ERLÄUTERN.** | | | |  | | |
| **ERFORDERLICHE DIENSTLEISTUNG / FACHRICHTUNG** | |  | | **ARZT ANGEFORDERT** | |  |
| **ART DER ERFORDERLICHEN DIENSTLEISTUNG** | |  | **KONSULTATION** |  | **TRANSFER DER PFLEGE** neuer Patientenbewertung / -management | |
| **ZUSÄTZLICHE KOMMENTARE** |  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **VERSICHERUNGSINFORMATIONEN** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **AUTORISIERUNG ERFORDERLICH?** | | |  | **JA** |  | | **NEIN** | **AUTORISIERUNGS-NUMMER** |  | **ANZAHL DER BESUCHE** |  | **AUTORISIERUNG GÜLTIG BIS DATUM** | | |  |
|  | **PPO** |  | **HMO** |  | **SONSTIGES** | | | **VERSICHERUNG** |  | | | | | | |
| **VERSICHERUNGS-NUMMER** | | |  | | **MEDICAL GROUP** | | | |  | | **TELEFONNR.** |  | | | |
| **NAME DES VERSICHERUNGSNEHMERS** | | | | | |  | | | **BEZIEHUNG ZUM PATIENTEN** | |  | | **GEBURTSDATUM** |  | |

|  |
| --- |
| **HAFTUNGSAUSSCHLUSS**  Alle von Smartsheet auf der Website aufgeführten Artikel, Vorlagen oder Informationen dienen lediglich als Referenz. Wir versuchen, die Informationen stets zu aktualisieren und zu korrigieren. Wir geben jedoch, weder ausdrücklich noch stillschweigend, keine Zusicherungen oder Garantien jeglicher Art über die Vollständigkeit, Genauigkeit, Zuverlässigkeit, Eignung oder Verfügbarkeit in Bezug auf die Website oder die auf der Website enthaltenen Informationen, Artikel, Vorlagen oder zugehörigen Grafiken. Jegliches Vertrauen, das Sie in solche Informationen setzen, ist aus eigener Verantwortung. |