**[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-Mental+Health+Referral+Form-word-49942-de&lpa=ic+Mental+Health+Referral+Form+word+49942+de)**

**ÜBERWEISUNGSFORMULAR FÜR PSYCHISCHE GESUNDHEIT**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ÜBERWIESEN VON** | | | | | | | |
| **AGENTUR** |  | | | **TELEFON** |  | | |
| **ORT** |  | | | **E-MAIL-ADRESSE** |  | | |
| **FORMULAR AUSGEFÜLLT VON** | |  | **TELEFON** |  | | **DATUM** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **EMPFANGENDE AGENTUR** | | | |
| **AGENTUR** |  | **TELEFON** |  |
| **ORT** |  | **E-MAIL-ADRESSE** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **KUNDENINFORMATIONEN** | | | |
| **NACHNAME** |  | **VOR- UND ZWEITNAMEN** |  |
| **GEBURTSDATUM** |  | **GESCHLECHT** |  |
| **SOZIALVERSICHERUNGSNUMMER** |  | **MEDICAID-NR.** |  |
| **DOLMETSCHER ERFORDERLICH?** |  | **SPRACHE ERFORDERLICH** |  |
| **NAME DES GESETZLICHEN VERTRETERS** |  | **VERHÄLTNIS ZUM GESETZLICHEN VERTRETER** |  |
| **ADRESSE DES KLIENTEN** |  | **MOBILTELEFON** |  |
|  | **FESTNETZ** |  |
|  | **GESCHÄFTLICHE TELEFONNUMMER** |  |
|  | **E-MAIL-ADRESSE** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **BEDENKEN / KOMMENTARE** Fügen Sie nach Bedarf zusätzliche Blätter und / oder Begleitdokumente hinzu. | | | |
| **ÜBERWEISUNGSGRUND** |  | | |
| **KENNT PATIENT DEN ÜBERWEISUNGSGRUND? FALLS NICHT, BITTE ERLÄUTERN.** | | |  |
| **ERFORDERLICHE DIENSTLEISTUNG / FACHRICHTUNG** | |  | |
| **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** |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **EMPFANGENDE AGENTUR | EMPFANGSBESTÄTIGUNG** | | | |
| **ART DER ZUSTELLUNG** |  | **EINGANGSDATUM** |  |

|  |
| --- |
| **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. |