

# Hausarztvermittlungsfall

---

## HIER AUSGEFÜLLTEN ÜBERWEISUNGSSCHEIN MIT

- PATIENTENKOPF
- DIAGNOSE/MED. INDIKATION
- PRAXISSTEMPEL

## AUFLEGEN!

---

Medizinisch indizierter Termin zeitnah erbeten:

- innerhalb von 4 Tagen
- innerhalb von 24 Tagen
- innerhalb von 35 Tagen (regionale Versorgung medizinisch notwendig)

### Zielpraxis

Name: \_\_\_\_\_

BSNR: \_\_\_\_\_

(falls Feld leer, bitte durch Zielpraxis zu ergänzen und rückzumelden)

Terminmitteilung an Patientin oder Patienten unter:

(Mobilnummer/Festnetz/E-Mail) \_\_\_\_\_