

Liebe Patientin,
Lieber Patient,

für die medizinische Versorgung in der ASV (**A**mbulante **S**pezialfachärztliche **V**ersorgung) ist eine Überweisung mit einem Kreuz bei „Behandl. gemäß §116b SGB V“ notwendig (vgl. §24 Abs.1 Satz 3 BMV-Ä).

Die Überweisung soll bitte folgendermaßen ausgestellt sein:

<input type="checkbox"/> Krankenkasse bzw. Kostenträger Name, Vorname des Versicherten geb. am _____			Überweisungsschein <input type="checkbox"/> Kurativ <input type="checkbox"/> Präventiv <input checked="" type="checkbox"/> Behandl. gemäß § 116b SGB V <input type="checkbox"/> bei belegärztl. Behandlung		06BF Quartal Geschlecht W M
Kassen-Nr. _____ Versicherten-Nr. _____ Status _____ Betriebsstätten-Nr. _____ Arzt-Nr. _____ Datum _____			Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2 _____ Überweisung an ASV CED Team		AU bis _____
			<input type="checkbox"/> Ausführung von Auftragsleistungen <input type="checkbox"/> Konsiliaruntersuchung <input checked="" type="checkbox"/> Mit-/Weiterbehandlung		
			<input type="checkbox"/> eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V		

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Gesicherte Diagnose muss angegeben werden!!

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Hinweise:

- Zum Zeitpunkt der Überweisung muss eine **gesicherte Diagnose** vorliegen.
- Die Überweisung ist **zwei Quartale** gültig.

Unsere ASV Zulassung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit **chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED)**.

Hierzu zählen Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen:

ICD-10-GM: K50.- Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis] [Morbus Crohn]
 K51.- Colitis ulcerosa
 K52.3- Colitis indeterminata

Bei Rückfragen stehen Ihnen die Mitarbeitenden der ASV CED Ambulanz gerne zur Verfügung:

☎ 0681 406 1068

FAX 0681 406 1069

✉ CED-Ambulanz@caritasklinikum.de