

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<br>Name, Vorname des Versicherten<br>geb. am _____   |  |  | <b>Überweisungsschein</b><br><input type="checkbox"/> Kurativ <input type="checkbox"/> Präventiv <input checked="" type="checkbox"/> <b>Behandl. gemäß § 116b SGB V</b> <input type="checkbox"/> bei belegärztl. Behandlung |  | <b>06BF</b><br>Quartal<br>Geschlecht<br>W M |
| Kassen-Nr. _____ Versicherten-Nr. _____ Status _____<br>Betriebsstätten-Nr. _____ Arzt-Nr. _____ Datum _____ |  |  | Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2 _____<br>Überweisung an <b>ASV CED Team</b>                                                                                                                                 |  | 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 591069

✉ CED-Ambulanz@caritasklinikum.de