Medizinischer Dienst Nord |

Datum:

Abteilung:
Serviceteam Ambulant

Ansprechperson:

Durchwahl -5200
Faxdurchwahl -9111
info@mdk-nord.de

Ihr Zeichen:

Ihre Nachricht vom:

Unser Zeichen:

**Anforderung von Sozialdaten**

Sehr geehrte Damen, sehr geehrte Herren,

die Krankenkasse

|  |  |
| --- | --- |
|       |       |

(Name) (Geschäftsstelle)

|  |
| --- |
|       |

(Sachbearbeiter)

bittet uns Ihre/n Patienten/in

|  |  |
| --- | --- |
|       |       |

(Name, Vorname) (Geburtsdatum)

betreffend um gutachtliche Stellungnahme zum/r:

|  |
| --- |
|       |

(z. B. AU)

Wir bitten um Übersendung folgender Unterlagen innerhalb von 14 Tagen:

[ ]  Krankheitsbericht [ ]  Entlassungsbericht [ ]  ärztl. Brief ü. den Gesundheitszustand der/s o. g. Patientin/en

[ ]  ärztlicher Bericht über das Ergebnis einer Patientenuntersuchung:

 [ ]  EKG, [ ]  Rö., [ ]  CT, [ ]  MRT, [ ]  Linksherzkatheter

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  |       |
| [ ]  | Epikrise der stationären Behandlung von |       | bis |       |  |
| [ ]  | Operationsbericht vom |       |  | [ ]  Reha-Entlasssungsbericht |
| [ ]  | Mehrfertigung (z. B. Kopie von/vom) |       |  |
| [ ]  |       |

|  |  |
| --- | --- |
| Die Informationen sind erforderlich, weil |       |

Mit freundlichen Grüßen

Rechtsgrundlage für die Übermittlung ist § 276 Abs. 2 S. 2 SGB V; sie lautet: „Haben die Krankenkassen oder der medizinische Dienst für eine gutachtliche Stellungnahme oder Prüfung nach § 275 Abs. 1 bis 3 erforderliche versichertenbezogene Daten bei den Leistungserbringern angefordert, so sind die Leistungserbringer verpflichtet, diese Daten unmittelbar an den Medizinischen Dienst zu übermitteln.“ Die Beantwortung der Anfrage

[ ]  ist nicht gesondert abrechnungsfähig

[ ]  ist nach der Gebührenziffer       EBM berechnungsfähig. Zuständig ist die Krankenkasse Ihrer/Ihres Versicherten.