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.