

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

um Ihren Patienten eine ambulante Versorgung in meiner Acne inversa-Sprechstunde zu ermöglichen, ist **unbedingt eine gültige Überweisung** nötig.

Die Überweisung darf **ausschließlich** von folgenden Fachärzten ausgestellt werden:

- Facharzt / Fachärztin für **Dermatologie**
- Facharzt / Fachärztin für **Chirurgie**
- Facharzt / Fachärztin für **Gynäkologie**
- Facharzt / Fachärztin für **Allgemeinmedizin**

Eine Überweisung durch Fachärzte für Innere Medizin ist **nicht möglich!**

Die Überweisung **muss folgende Punkte enthalten:**

- **(Verdachts-) Diagnose Acne inversa / L73.2**
- **Überweisung an:** Dr. Sylke Schneider-Burrus oder Acne inversa Sprechstunde, Havelklinik.
- **Auftrag: Mit- und Weiterbehandlung, ein Kreuz bei „Mit-/Weiterbehandlung“ reicht nicht aus.**

Bitte füllen Sie den Überweisungsschein wie abgebildet aus:

Dr. med. Sylke Schneider-Burrus
Chefärztin
Zentrum für Dermatochirurgie

Havelklinik GmbH & Co. KG
Gatower Straße 191
13595 Berlin

Tel.: +49 (0)30 362 06-390
Fax: +49 (0)30 362 06-100
schneiderburrus@havelklinik.de

www.havelklinik.de



Krankenkasse bzw. Kostenträger			Überweisungsschein			
Name, Vorname des Versicherten			<input checked="" type="checkbox"/> Kurativ <input type="checkbox"/> Präventiv <input type="checkbox"/> Behandl. gemäß § 116b SGB V <input type="checkbox"/> bei belegärztl. Behandlung		Quartal Q J J	
geb. am			<input type="checkbox"/> Unfall Unfallfolgen Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2		Geschlecht T T M M J J W M	
Überweisung an			Frau Dr. Schneider-Burrus oder Acne inversa Sprechstunde Havelklinik			
Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status			<input type="checkbox"/> Ausführung von Auftragsleistungen <input type="checkbox"/> Konsiliaruntersuchung <input checked="" type="checkbox"/> Mit-/Weiterbehandlung		AU bis T T M M J J	
Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum			<input type="checkbox"/> eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 14 Abs. 3a SGB V			
Diagnose/Verdachtsdiagnose ! Acne inversa L73.2						
Befund/Medikation						
Auftrag ! Mit- und Weiterbehandlung						
						Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Wir bedanken uns sehr herzlich für Ihre Unterstützung und freuen uns auf eine weiterhin gute Zusammenarbeit!

Ihre Sylke Schneider-Burrus