

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

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

*Ihre Sylke Schneider-Burrus*