

Wichtige Informationen für Ihren ambulanten Termin

Sehr geehrte Patienten,

um Sie bei der Vorbereitung Ihres ambulanten Besuchs bestmöglichst zu unterstützen, wollen wir Ihnen mit der folgenden Übersicht die verschiedenen Zugangsarten und notwendigen Formulare kurz erläutern:

1. Notfallpatient

Sie benötigen keine weiteren Formulare. Unsere Notaufnahme ist 24 Stunden am Tag, 365 Tage im Jahr für Sie da.

2. Arbeitsunfallpatient

Sie benötigen keine weiteren Formulare.

3. Sprechstunde vor einer Operation

Kassenpatienten benötigen einen Einweisungsschein ihres Haus- oder Facharztes.

4. Allgemeine orthopädische Sprechstunde

Kassenpatienten benötigen einen Konsilschein (siehe Anlage) ihres Facharztes für Orthopädie, Chirurgie oder Kinder- und Jugendmedizin. Auf diesem muss verpflichtend der ermächtigte Arzt unseres Hauses angegeben sein. Ambulanzen mit persönlicher Ermächtigung sind:

- **Prof. Dr. Dr. W. Drescher** (Primärendoprothetik, untere Extremitäten)
- **Dr. E. Lenz** (Wechselendoprothetik, septische Chirurgie)
- **Dr. J. Schuseil** (Kinder- und Neuroorthopädie)
- **Prof. Dr. R. Stangl** (Unfallchirurgie, obere Extremitäten)

5. Selbstzahler und Privatambulanzen der Chefärzte

Sie benötigen keine weiteren Formulare.

Bei unklaren Fällen können Sie sich gerne telefonisch über Möglichkeiten des Vorgehens bei unserem Zentralen Belegungsmanagement unter **09128 – 5042303** erkundigen. Wir sind gerne für Sie da!

Bitte beachten Sie:

Als Patient der gesetzlichen Krankenkassen sind Sie verpflichtet, bei einem Ambulanztermin Ihre Versichertenkarte sowie (siehe Punkt 3 und 4) Ihren Einweisungs- oder Konsilschein vorlegen zu können. Können Sie diese Unterlagen nicht korrekt ausgefüllt vorlegen, kann Ihre Behandlung leider nur auf Selbstzahlerbasis oder zu einem späteren Zeitpunkt mit korrektem Schein erfolgen.

Anlage:

Konsilschein (Muster)

Anlage:

Konsilschein (Muster). Zu beachten ist, dass die Felder „Überweisung an“ und „Konsiliaruntersuchung“ ausgefüllt sind.

Krankenkasse bzw. Kostenträger AOK Bayern Die Gesundh.			Überweisungsschein		06 Quartal		
Name des Versicherten Mustermann Max Musterstr. 100 D 00000 Musterstadt			<input checked="" type="checkbox"/> Kurativ	<input type="checkbox"/> Präventiv	<input type="checkbox"/> Behandl. gemäß § 116b SGB V	<input type="checkbox"/> bei belegärztl. Behandlung	2 1 €
Geburtsdatum: 01.01.80			<input type="checkbox"/> Unfall Unfallfolgen	Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2		Geschlecht	
Kassen-Nr. 108310400			Überweisung an		Dr. X		
Versicherten-Nr. 999999900			<input type="checkbox"/> Ausführung von Auftragsleistungen	<input checked="" type="checkbox"/> Konsiliaruntersuchung	<input type="checkbox"/> Mit-/Weiterbehandlung	AU bis	
Status			<input type="checkbox"/> eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V				
Beitragsteller-Nr. 667459088							
Arzt-Nr. 999999900							
Datum 27.04.16							
Diagnose/Verdachtsdiagnose XXX							
Befund/Medikation							
Auftrag							
						KH Rummelsberg gGmbH Ortho.-Unfallchir. Klinik Ambulanz 90592 Schwarzenbruck Tel 09128 5048242	
						Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes	

Muster 6 (4.2011)