

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

# Begleitschreiben an den behandelnden Facharzt/PT/KJPT

ggf. vorab handschriftliche Rückinformation durch den Facharzt auf der Rückseite; ersetzt den ausführlichen fachärztlichen Befundbericht nicht.

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege

Der oben genannte Patient wird an Sie überwiesen mit/zur

Fragestellung

Mitbehandlung

---



---



---

Welche Diagnostik oder relevanten somatischen Diagnosen/relevanten Komorbiditäten liegen vor?  
Ggf. ICD Codes angeben

## Aktuelle Medikation und Laborwerte

---



---



---

Medikamente angeben oder Medikamentenpläne übermitteln. Liste der Laborwerte übermitteln.

## Bekannte Allergien/Arzneimittelunverträglichkeiten/ sonstige Unverträglichkeiten

Nein  Ja, gegen...

---



---



---

Welche Unverträglichkeiten liegen vor?

## DMP Teilnahme

KHK  Diabetes  COPD/Asthma bronchiale  kein DMP

**Sonstiges:** (z.B. supportive Maßnahme wie sozialer Dienst/Patientenbegleitung der Krankenkasse, Palliation, ...)

---



---



---



---



---

Mit kollegialem Gruß

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift