[](https://de.smartsheet.com/try-it?trp=49260&utm_language=DE&utm_source=integrated+content&utm_campaign=/medical-forms-templates&utm_medium=ic+medical+referral+form+template+49260+word+de&lpa=ic+medical+referral+form+template+49260+word+de&lx=jazGWVt6qlFVesJIxmZmqABAgeTPLDIL8TQRu558b7w)**FORMULARVORLAGE FÜR MEDIZINISCHE ÜBERWEISUNGEN**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| SENDEN SIE DAS AUSGEFÜLLTE ÜBERWEISUNGSFORMULAR AN | |  | EMPFOHLEN VON |  | |  | MEDIZINISCHES ÜBERWEISUNGSFORMULAR | |
| **AUFMERKSAMKEIT** |  |  | **VERWEISENDER GESCHÄFTSFÜHRER** | |  |  | **IHR LOGO** | |
| **TELEFON** |  |  | **SPEZIALITÄT** | |  |  |
| **FAX** |  |  | **UNTERSCHRIFT** | |  |  |
| **E-MAIL** |  |  | **TELEFON** | |  |  |
| FORMULAR AUSGEFÜLLT VON | |  | **FAX** | |  |  |
| **NAME** |  |  | **E-MAIL** | |  |  |
| **TELEFON** |  |  | **PCP** , falls abweichend | |  |  |
| **DATUM** |  |  | **PCP-TELEFON** | |  |  |
| PATIENTENINFORMATION | |  | SERVICE ANGEFORDERT | | |  | VERSICHERUNGSINFORMATIONEN | |
| **NACHNAME** |  |  | **GRUND FÜR DIE ÜBERWEISUNG** | |  |  | **AUTORISIERUNG ERFORDERLICH?** | JA |
| **VORNAME** & **M.I.** |  |  |  | NEIN |
| **GEBURTSDATUM** |  |  |  | **AUTH. NEIN.** |  |
| **WEIBLICH / MÄNNLICH** |  |  |  | **NEIN. anzahl BESUCHE** |  |
| **DOLMETSCHER REQ.?** |  |  |  | **AUTH. EXP. DATUM** |  |
| **SPRACHE REQ.** |  |  |  | PPO | **VERSICHERUNGSPLAN** |
| **NAME DES VORMUNDS** |  |  |  | HMO |  |
| *Beziehung zu Pat.* |  |  |  | ANDERE |
| **PATIENTENADRESSE** |  |  | **PATIENT IST SICH** DES GRUNDES FÜR DIE ÜBERWEISUNG BEWUSST? Wenn nicht, erläutern Sie dies bitte. | |  |  | **VERSICHERUNGSAUSWEIS** |  |
|  |  | **MEDIZINISCHE GRUPPE** |  |
|  |  | **TELEFON** |  |
| **HANDY** |  |  | **SERVICE / SPEZIALITÄT ERBETEN** | |  |  | **FAX** |  |
| **TELEFON ZU HAUSE** |  |  |  | **NAME DES INHABERS** |  |
| **GESCHÄFTLICHES TELEFON** |  |  | **ARZT GESUCHT** | |  |  | *Beziehung zu Pat.* |  |
| **E-MAIL** |  |  |  | **GEBURTSDATUM** |  |
| ÜBERWEISUNGSDIAGNOSE | |  | ART DER ANGEFORDERTEN DIENSTLEISTUNG | | |  | ZUSÄTZLICHE ANMERKUNGEN | |
| **ÜBERWEISUNGSDIAGNOSE** |  |  |  | | **KONSULTATION** |  |  | |
|  |  | | **ÜBERTRAGUNG DER**  PFLEGENeue Patientenbewertung / -management |  |
|  |  |
| **DIE ICD-9** |  |  |  |

|  |
| --- |
| **VERZICHTSERKLÄRUNG**  Alle Artikel, Vorlagen oder Informationen, die von Smartsheet auf der Website bereitgestellt werden, dienen nur als Referenz. Obwohl wir uns bemühen, die Informationen auf dem neuesten Stand und korrekt zu halten, geben wir keine Zusicherungen oder Gewährleistungen jeglicher Art, weder ausdrücklich noch stillschweigend, über die Vollständigkeit, Genauigkeit, Zuverlässigkeit, Eignung oder Verfügbarkeit in Bezug auf die Website oder die auf der Website enthaltenen Informationen, Artikel, Vorlagen oder zugehörigen Grafiken. Jegliches Vertrauen, das Sie auf solche Informationen setzen, erfolgt daher ausschließlich auf Ihr eigenes Risiko. |