

Zuweisung
an
Facharzt*in für Augenheilkunde

Patient*innen-Daten

Nachname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Telefon: _____

Grund der Überweisung / Vermittlung:

Notfall: Ja Nein

Ort, Datum

Unterschrift

Stempel / Praxis

Wichtig!

Bitte stellen Sie eine Überweisung an unsere Fachrichtung mit dem Vermerk
„Hausarzt-Vermittlung“ aus.

Die Vermittlung können Sie als Hausarzt*in und Kinderarzt*in, mit der
Gebührenordnungsposition **03008/04008 EBM** extrabudgetär abrechnen.

Bitte geben Sie bei Ihrer Abrechnung die Betriebsstättennummer unserer Facharztpraxis an.

siehe auch: www.kvwl.de/themen-a-z/terminvermittlungen

Bestätigung eines Termins (durch die Augenarztpraxis auszufüllen)

Der/die o.g. Patient*in hat von uns nachstehenden Termin im Rahmen der Hausarztvermittlung erhalten:

Termindatum: _____ Uhrzeit: _____

Ort, Datum

Unterschrift

Stempel / Praxis