

Rechtssitz Hamburg
Hammerbrookstraße 5
20097 Hamburg

MDK Nord, Postfach 10 43 24, 20030 Hamburg

info@mdk-nord.de
www.mdk-nord.de

Geschäftsführer:
Peter Zimmermann

HypoVereinsbank Hamburg
IBAN: DE78 2003 0000 0616 2656 17
BIC: HYVEDEMM 300

IK: 190200046

Datum:

Anforderung von Sozialdaten

Ihr Ansprechpartner:

Sehr geehrte Damen, sehr geehrte Herren,

Hammerbrookstraße 5
20097 Hamburg

die Krankenkasse

Telefon 040 2 51 69 - 5200
Telefax 040 2 51 69 - 229

(Name)

(Geschäftsstelle)

info@mdk-nord.de

(Sachbearbeiter)

Abteilung:
Serviceteam Ambulant

bittet uns Ihre/n Patienten/in

Unser Zeichen:

(Name, Vorname)

(Geburtsdatum)

Ihr Zeichen:

betreffend um gutachtliche Stellungnahme zum/r:

Ihre Nachricht vom:

(z. B. AU)

Wir bitten um Übersendung folgender Unterlagen innerhalb von 14 Tagen:

Krankheitsbericht Entlassungsbericht ärztl. Brief ü. den Gesundheitszustand der/s o. g. Patientin/en

ärztlicher Bericht über das Ergebnis einer Patientenuntersuchung:

EKG, Rö., CT, MRT, Linksherzkatheter

Epikrise der stationären Behandlung von _____ bis _____

Operationsbericht vom _____ Reha-Entlassungsbericht

Mehrfertigung (z. B. Kopie von/vom) _____

Die Informationen sind erforderlich, weil _____

Mit freundlichen Grüßen

Hinweise zur Rechtsgrundlage und zur Abrechnung siehe Rückseite.

MDK Nord
BBZ Hamburg
Serviceteam Ambulant
Hammerbrookstraße 5
20097 Hamburg

Achtung:

**Bitte legen Sie diese Anforderung Ihren medizinischen Unterlagen bei!
Ohne Beilegung des Bogens ist eine weitere Bearbeitung und Zuordnung innerhalb des
MDK nicht möglich!**

Familienname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Krankenkasse:

Rechtsgrundlage für die Übermittlung ist § 276 Abs. 2 S. 2 SGB V; sie lautet: „Haben die Krankenkassen oder der medizinische Dienst für eine gutachtliche Stellungnahme oder Prüfung nach § 275 Abs. 1 bis 3 erforderliche versichertenbezogene Daten bei den Leistungserbringern angefordert, so sind die Leistungserbringer verpflichtet, diese Daten unmittelbar an den Medizinischen Dienst zu übermitteln.“ Die Beantwortung der Anfrage

ist nicht gesondert abrechnungsfähig

ist nach der Gebührenziffer _____ EBM berechnungsfähig. Zuständig ist die Krankenkasse Ihrer/Ihres Versicherten.