

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

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.