

MDK Nord, Fackenburg Allee 1, 23554 Lübeck

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,

Fackenburg Allee 1
23554 Lübeck

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.