

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsleiter-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



Kurzinformation

Praxis: _____

Antwortfax an: _____

Name, Tel.-Nr. und **Fax-Nr.** Mitarbeiter/in DAK-Versorgungsmanagement

Erstkontakt durch Versorgungsmanagement (VM) von DAK-VM auszufüllen

Versicherte/r meldet sich direkt bei der Praxis und informiert nach der Terminvermittlung das Versorgungsmanagement

Datum _____ Mitarbeiter/in DAK-Versorgungsmanagement _____

Rückmeldung von Praxis an Versorgungsmanagement von Praxis auszufüllen

Erstkontakt

Termin hat stattgefunden am _____

Erstgespräch

Geplante Therapieart: _____

Es wird die Einleitung folgender besonderen Maßnahmen für erforderlich gehalten:

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Wiedereingliederung
 sonstige Leistungen _____ spezifische fachärztliche Behandlung

oder

Keine Terminvergabe, weil Versicherte/r hat sich nicht gemeldet

Kein Termin-/Therapiebedarf

Befundanforderung in Ausnahmefällen – von Versorgungsmanagement an Praxis

von DAK-VM auszufüllen

Wir bitten um Erstellung eines Befundberichtes (insb. Diagnosen, Symptomatik, Indikationen, Einschränkungen) für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung **ausschließlich zur Sozialmedizinischen Beurteilung**. Bitte senden Sie diesen in einem verschlossenen Umschlag an den

MDK (Adresse bitte unten einfügen):
