

Bitte an den behandelnden Facharzt faxen/mailen!

Dringender Hausarztvermittlungsfall / TSS-Fall mit Vermittlungscode

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

die/der Patient/in _____ informierte uns darüber, dass Sie für eine fachärztliche (Weiter-)Behandlung eine Überweisung als Hausarztvermittlungsfall oder als TSS-Fall mit entsprechendem Vermittlungscode wünschten. Dieser Bitte können wir jedoch aus folgenden Gründen nicht nachkommen.

Überweisung als Hausarztvermittlungsfall

- Wesentliches Kriterium für die Auslösung eines Hausarztvermittlungsfalls ist die Dringlichkeit der Weiterbehandlung innerhalb von vier Tagen. Diese wird vom überweisenden Haus- oder Kinderarzt festgestellt – und ist im vorliegenden Fall nicht gegeben.

Überweisung als TSS-Fall

- Wesentliches Kriterium für die Auslösung eines TSS-Falls ist die Dringlichkeit der Weiterbehandlung innerhalb von vier Wochen. Diese wird vom überweisenden Arzt festgestellt – und ist im vorliegenden Fall nicht gegeben.
- Der überweisende Arzt hat im Rahmen eines TSS-Falls keinen Einfluss darauf, wann der Termin innerhalb der Frist von vier Wochen stattfindet.

Versorgung der/des Patientin/en ohne dringliche Überweisung

Einer Patientin bzw. einem Patienten darf die Behandlung wegen des Fehlens einer qualifizierten Überweisung als dringlicher Hausarztvermittlungsfall oder als TSS-Fall mit entsprechendem Vermittlungscode nicht verwehrt werden.

Bitte versorgen Sie die Patientin / den Patienten auch, wenn sie/er eine **herkömmliche oder auch gar keine Überweisung** vorlegt.

- Fachärztliche offene Sprechstunden
Wir haben die Patientin/den Patienten darauf hingewiesen, dass viele Facharztgruppen verpflichtet sind, offene Sprechstunden anzubieten, die auch ohne Überweisung genutzt werden können.

Unserer Praxis würde es leichter fallen, einen Hausarztvermittlungs- und/oder TSS-Fall auszulösen, wenn Sie uns einen schnelleren Zugang (direkte Durchwahl bzw. E-Mail) zu Ihrer Praxis ermöglichen würden.

Mit herzlichen kollegialen Grüßen

Unterschrift der Ärztin / des Arztes

Praxis: _____

Praxisstempel

Die Patientin / der Patient erklärt sich damit einverstanden, dass seine Daten per Fax / per E-Mail an den Facharzt übermittelt werden.

Unterschrift der Patientin / des Patienten