

Johanniter-MVZ Treuenbrietzen GmbH, Orthopädische Praxis  
Johanniterstraße 1, 14929 Treuenbrietzen

**FAX-Anmeldeformular  
für einen  
„Hausarzt-Vermittlungsfall“**

**FAX 03374882038**

**Johanniter  
Medizinisches Versorgungszentrum  
Treuenbrietzen GmbH**

Johanniterstraße 1  
14929 Treuenbrietzen  
www.mvz-treuenbrietzen.de

**Orthopädische Praxis  
Anne Feldner**

Tel. 033748 8-2665  
Fax 033748 8-2038  
E-Mail orthopaedie@  
mvz-treuenbrietzen.de

**Voraussetzung:**

- Terminvereinbarung für den Patienten **durch den Hausarzt**
- Hausarzt sieht die Behandlung beim Facharzt als dringend erforderlich an
- **akt. ÜW gekennzeichnet als HA-Vermittlungsfall + unsere entspr. BSNR (siehe unten)**

Vorhandene Unterlagen, MRT-Befunde, CT-Befunde, Krankenhausentlassungsberichte zur  
besseren Beurteilung bitte mitsenden.

**Vom Hausarzt auszufüllen**

Sehr geehrte Frau Kollegin, Sehr geehrter Herr Kollege,  
wir bitten um Vorstellung unseres Patienten/ unserer Patientin

.....  
Name Vorname geb. Tel.-Nr.  
Im Rahmen eines Hausarztvermittlungsfalles in Ihrer Praxis innerhalb  
O 4 Kalendertagen O 5-14 Kalendertagen O 15-35 Kalendertagen

Fragestellung / Beschwerden / Diagnose / Auftrag:

Vielen Dank und freundliche Grüße

.....  
Datum Unterschrift Praxisstempel

**Vom Facharzt auszufüllen**

Sehr geehrte Frau Kollegin, Sehr geehrter Herr Kollege;

O Termin: .....  
**BSNR Treuenbrietzen : 830038800 BSNR Bad Belzig : 830052200**

oder:

O leider können wir Ihren Patienten im angefragten Zeitraum **NICHT** übernehmen.

Vielen Dank und freundliche Grüße

.....  
Datum Unterschrift Praxisstempel