



**JOHANNITER**

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](http://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.  
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;

0 Termin: .....  
**BSNR Treuenbrietzen : 830038800**

oder:  
O leider können wir Ihren Patienten im angefragten Zeitraum **NICHT** übernehmen.  
Vielen Dank und freundliche Grüße

Datum **Unterschrift** Praxisstempel