

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-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):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_