

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

Antrag auf Durchführung eines **kleinen Patientenchecks**

im Rahmen des § 11 Absatz 2 Buchstabe c) des Vertrages zur Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau



SVLFG

Antrag bitte senden an die Fax-Nr. der SVLFG
Dienstort Kiel: 0431/7024-6120

Hiermit beantrage ich die Durchführung des kleinen Patientencheck.

Mir ist bekannt, dass der kleine Patientencheck lediglich im Anschluss an stationäre Aufenthalte möglich ist.

Der Stationäre Aufenthalt des oben genannten Patienten erfolgt im/in _____ (Name der Einrichtung)

in der Zeit vom _____ voraussichtlich bis _____

Ich versichere, dass mit dem stationären Krankenhausaufenthalt auch parallel eine Arzneimittelveränderung einhergeht.

Bitte das heutige Datum eintragen.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
T	T	M	M	J	J	J	J

Faxnummer

Unterschrift des behandelnden Arztes/Stempel

Entscheidung der SVLFG als LKK

- Genehmigung des kleinen Patientencheck für o.g. Versicherten .
- Ablehnung des kleinen Patientencheck für o.g. Versicherten

Begründung der SVLFG als LKK

Datum, Unterschrift und Stempel der Kasse