



## Hausarztvermittlungsfall - Anmeldung zur Akutvorstellung

### Praxisdaten/Praxisstempel

Ansprechpartner                      Telefon

E-Mail

Fax

Anmeldung per Mail an  
praxis@uro-bocholt.de  
oder KIM:  
UGB.KVWL@kv.dox.kim.telematik

**Hausarztvermittlungsfall wurde angelegt** (bitte ankreuzen) – **BSNR: 195627600**

### Patientendaten

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Straße:

Ort:

Tel.:

Mobil:

Krankenkasse/

Betreuer:

Tel. Betreuer:

Mitgliedsnr.:

**Verlauf der Erkrankung:**

Tage

Wochen

Monate

Jahre

### Symptomatik und Verlauf

Kurzzangabe: \_\_\_\_\_

Hodenschmerz

Fieber / Schüttelfrost

kolikartige Beschwerden

CT Befund:

Weiteres: \_\_\_\_\_

### Relevante Vorerkrankungen:

\_\_\_\_\_

### Sofern vorhanden (bitte vorab per Mail):

CT / MRT Befund

Arztbriefe aus Krankenhausaufenthalt

Medikamentenplan

Laborbefunde

**Terminwunsch**  heute

dringend  
(1 bis 4 Werktage)

kurzfristig  
(1 bis 2 Wochen)

mittelfristig  
(2 bis 6 Wochen)

### Antwort der Facharztpraxis:

Info an Pat. durch FA-Praxis

Info an Pat. durch HA-Praxis

**Termin am:**

**um:**

**Überweisung mit Hausarztvermittlungsfall ausfüllen und mitgeben!**

**Wenn der Termin nicht wahrgenommen werden kann, unbedingt absagen.**