

Thüringer Polizei – Polizeiärztlicher Dienst

Anforderung Überweisungsschein

bei Notfallbehandlung, akute Schmerzbehandlungen
(Er ist nicht anzuwenden bei planbaren Routine- oder Vorsorgeuntersuchungen)



Bildungszentrum der Thüringer Polizei
Polizeiärztlicher Dienst
Friedenssiedlung 6
98617 Meiningen

ggf. per Fax (03693) 850-189

Zur Vorlage beim Arzt/Zahnarzt

Personalien der/s Patientin/en (Vom Patienten in Druckbuchstaben auszufüllen!)

| | | |
|--------------------|--------------|---------|
| Name, Vorname | Geburtsdatum | PAU/KAL |
| Straße, Hausnummer | | |
| PLZ – Wohnort | | |

Oben genannte/r Patient/in hat Anspruch auf unentgeltliche Heilfürsorge der Polizei des Freistaates Thüringen.

Diese Vorlage hat nur Gültigkeit in Verbindung mit einem gültige Heilfürsorgeausweis.

Oben genannte/r Patient/in ist KEIN/E Privatpatient/in!

Vom behandelnden Arzt/Zahnarzt auszufüllen:

Herr/Frau war

am20..... (Behandlungsdatum) bzw.

vom20..... bis..... 20..... (Behandlungszeitraum)

in meiner Praxis in Behandlung.

Grund der Behandlung: ICD-10 Code

_____ Datum

_____ Unterschrift und Adresse (Stempel) des behandelnden Arztes

Anmerkung für den Arzt und Heilfürsorgeberechtigten:

Der Patient ist KEIN Privatpatient!

Dieser Vordruck ist für die Notfallbehandlung, akute Schmerzbehandlungen, wenn durch den Polizeiärztlichen Dienst (PÄD) am Standort Erfurt oder Meiningen keine Behandlung erfolgen kann und keine Möglichkeit für den Patienten besteht, vor der erforderlichen Behandlung beim Arzt/Zahnarzt einen Überweisungsschein abzuholen/abzufordern.

Der Patient ist verpflichtet, diesen Schein dem (PÄD) zu übersenden.

Der Überweisungsschein wird durch den Patienten oder durch den PÄD dem Arzt/Zahnarzt auf Grundlage des ausgefüllten Vordrucks übersandt/übergeben.

Der Überweisungsschein dient der Abrechnung der Leistungen über die KV/KZV Thüringen.

Der Umfang der Heilfürsorge richtet sich, soweit nicht anders geregelt ist, grundsätzlich nach den durchschnittlichen Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen.

Heil- und Hilfsmittel sowie Zahnersatzleistungen sind gesondert zu beantragen.

Für eventuelle Rückfragen stehen Ihnen zur Verfügung:

| | | |
|---------------|----------------------------|--------------------------|
| Frau Leifer | Tel.: +49 (0)3693 850-181 | Fax: +49 (0)3693 850-189 |
| Herr Wegfraß | Tel.: +49 (0) 361 341-2903 | Fax: +49 (0)361 341-2959 |
| Frau Bernhart | Tel.: +49 (0) 361 341-2919 | Fax: +49 (0)361 341-2959 |