

**Liebe Patientin,  
 Lieber Patient,**

für die medizinische Versorgung in der ASV (**A**mbulante **S**pezialfachärztliche **V**ersorgung) ist eine Überweisung mit einem Kreuz bei „Behandl. gemäß §116b SGB V“ notwendig (vgl. §24 Abs.1 Satz 3 BMV-Ä).

**Die Überweisung soll bitte folgendermaßen ausgestellt sein:**

<input type="checkbox"/> Krankenkasse bzw. Kostenträger	<b>Überweisungsschein</b>		<b>06BF</b> Quartal
Name, Vorname des Versicherten	<input type="checkbox"/> Kurativ <input type="checkbox"/> Präventiv <input checked="" type="checkbox"/> <b>Behandl. gemäß § 116b SGB V</b> <input type="checkbox"/> bei belegärztl. Behandlung	Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2	
geb. am	<input type="checkbox"/> Unfall Unfallfolgen	Geschlecht W M	
Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status	Überweisung an <b>ASV CED Team</b>	AU bis	
Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum	<input type="checkbox"/> Ausführung von Auftragsleistungen <input type="checkbox"/> Konsiliaruntersuchung <input checked="" type="checkbox"/> <b>Mit-/Weiterbehandlung</b>		
	<input type="checkbox"/> eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V		

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

**Gesicherte Diagnose muss angegeben werden!!**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

**Hinweise:**

- Zum Zeitpunkt der Überweisung muss eine **gesicherte Diagnose** vorliegen.
- Die Überweisung ist **zwei Quartale** gültig.

Unsere ASV Zulassung umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit **chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED)**.

Hierzu zählen Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen:

- ICD-10-GM:**
- K50.- Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis] [Morbus Crohn]
  - K51.- Colitis ulcerosa
  - K52.3- Colitis indeterminata

**Bei Rückfragen stehen Ihnen die Mitarbeitenden der ASV CED Ambulanz gerne zur Verfügung:**

**☎ 0681 406 1068      FAX 0681 406 1069      ✉ CED-Ambulanz@caritasklinikum.de**