



Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen Nr.	Versicherten Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr:	VK gültig bis	Datum
Druckfeld für Patienten- und Vertragsarztdate		

**Anlage 4 F**

<b>Bitte unverzüglich faxen an :</b>	
<input type="checkbox"/> <b>BARMER</b>	<b>FAX 0185 0080 1420</b>

- Hausarzt:**
- Pat. am \_\_\_\_\_ in Vertrag eingeschlossen und an Kardiologen Dr. \_\_\_\_\_ zugewiesen
  - Pat. wird am \_\_\_\_\_ ausgeschlossen,  
wegen
    - stat. Aufenthalt infolge Bypassoperation
    - stat. Aufenthalt infolge Infarkt/Herzinsuffizienz
    - Koronarintervention andernorts
    - andere Gründe (z.B. Tod, Umzug ..) \_\_\_\_\_

**Arztwechsel:** Wechsel von Hausarzt Dr. \_\_\_\_\_ zu Dr. \_\_\_\_\_

---

- Kardiologe:**
- KHK nicht bestätigt, → **Pat. wird ausgeschlossen**
  - KHK bestätigt, jedoch keine invasive Diagnostik indiziert oder Pat. lehnt diese ab → konservative Therapie
  - KHK/Ischämie bestätigt, zur invasiven Diagnostik bei Dres. Castrucci/Weber angemeldet
- 

- Invasive Kardiologie:**
- KHK nicht bestätigt, → **Pat. wird ausgeschlossen**
  - KHK bestätigt
    - PTCA/Stent
    - Bypass-Operation indiziert
    - Konservative Therapie
- 

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift und Vertragsarztstempel \_\_\_\_\_