

**Anfrage: Behandlungsberichte, fachärztliche Stellungnahme und Befundkopien**

Berichte an überweisende oder weiterbehandelnde Ärzte, Psychotherapeuten und Kliniken sind in der Behandlung inbegriffen, sofern Sie diesen zugestimmt haben. Kosten für darüberhinausgehende Berichte, fachärztliche Stellungnahmen oder Befundkopien werden nicht durch die Krankenkasse übernommen.

Bitte füllen Sie das Formular vollständig aus, damit Ihr Anliegen möglichst schnell bearbeitet werden kann.

---

**Patient:**

Name: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

**Auftraggeber:**

Name: \_\_\_\_\_  Mutter  Vater  Anderer: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

---

Ich trage das Sorgerecht für o. g. Patienten und wünsche folgende Unterlagen:

Behandlungsbericht an u. g. weiterbehandelnden Arzt / Psychotherapeuten (**kostenfrei**)  
eine Überweisung als Berichts-anfrage ist erforderlich, falls unsere letzte Behandlung >6 Monate zurückliegt

Fachärztliche Stellungnahme zur Vorlage beim Jugendamt / KSD **Kosten: 40,22€ (GOÄ 80) +  
zzgl. 3,50€/Seite (GOÄ 95)**

- zum Antrag auf eine Lerntherapie gemäß §35a SGB VIII
- zum Antrag auf eine Schulassistenz gemäß §35a SGB VIII
- zur Hilfeplanung
- anderes: \_\_\_\_\_

Ausführlichen Elternbrief **Kosten: wie FÄ Stellungnahme**

Kurze Stellungnahme **Kosten: 17,49€ (GOÄ 80) +  
zzgl. 3,50€/Seite (GOÄ 95)**

- zur Vorlage in der Schule
  - Nachteilsausgleich bzgl.  Lesen  Rechtschreibung  Rechnen
  - andere Fragestellung: \_\_\_\_\_
- zur Vorlage bei \_\_\_\_\_
  - Fragestellung: \_\_\_\_\_

Kopien von folgenden Testunterlagen: **Kosten: 0,50€/Seite + 7,50€ Bearbeitung**

- IQ  Lesen / Rechtschreibung / Rechnen
- anderes: \_\_\_\_\_

Kopie eines versandten Behandlungsberichts **Kosten: 0,50€/Seite + ggf. 5€ Bearbeitung u. Porto**

---

Bitte senden Sie an:

mich persönlich  anderen Empfänger: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Ich hole die Unterlagen persönlich ab (nur Barzahlung möglich!)

Bitte informieren Sie mich unter Telefon: \_\_\_\_\_

die entstehenden Kosten werden durch mich übernommen

---

Datum - Unterzeichner in Blockschrift

---

Unterschrift

Wir bemühen uns um eine zeitnahe Bereitstellung von Berichten bzw. fachärztlichen Stellungnahmen, in der Regel innerhalb von 2 Wochen. Wir bitten von regelmäßigen Nachfragen abzusehen und sich erneut an uns zu wenden, falls Sie nach 4 Wochen noch keine Post oder Nachricht erhalten haben.

Bzgl. unseres Umgangs mit Ihren persönlichen Daten beachten Sie bitte unsere ausgelegte „Patienteninformation zum Datenschutz“.

**An**

**Dr. med. M. Just**

**Krausenstr. 54**

**30171 Hannover**

***Fax: 0511-70023539***