

**Bitte per Fax an die Vermittlungsstelle senden: 040 – 22 63 06 799**

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten	Arzt-Nr.	Datum



**Stempel Praxis/Einrichtung:**

\_\_\_\_\_  
Name und Unterschrift

**Anfragebogen im Rahmen der Versorgungskonzepte „KOMPASS“ und „Stark im Leben“ gemäß § 140a SGB V**

Sehr geehrte Damen und Herren,  
den oben genannten Patienten, der meiner Meinung nach zur Teilnahme geeignet wäre,  
schlage ich für folgendes Versorgungskonzept vor:

- KOMPASS (BKK LV Mitte und BKK VAG Hessen)  
 Stark im Leben (Mobil Oil BKK)

**1. Kontaktdaten der/s Versicherten:**

Name: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon, Handy  
(ggf. wann am besten erreichbar?): \_\_\_\_\_

**2. Anfragegrund**

Bestehende oder drohende Arbeitsunfähigkeit

Akuter Bedarf an Versorgungsleistungen aus dem Versicherungsvertrag

Bemerkung: \_\_\_\_\_

**3. Vom Versicherten auszufüllen**

Ich, \_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_, erkläre mich durch meine Unterschrift damit einverstanden, dass mein o. g. behandelnder Arzt bzw. die o. g. Einrichtung meine Daten auf diesem Formular an die IVPNetworks GmbH (IVP) weiterleitet und dass die IVP anhand meiner Daten bei der zuständigen Krankenkasse die Möglichkeit der Teilnahme an der Besonderen Versorgung anfragt.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift