

Anhang 4a¹
(Art. 74 Abs. 3)

**Zuweisung an einen nicht für die OKP zugelassenen
Leistungserbringer**

(Gültigkeitsdauer: 6 Monate ab Ausstellung)

Patient/-in (Vor-/Nachname):

.....

Geburtsdatum:

.....

Zuweisung an:

.....

- Für den Fachbereich/Subspezialität ist in der OKP kein Leistungserbringer (z.B. Vertragsarzt) bzw. keine Einrichtung des Gesundheitswesens (z.B. Vertragsspital) zugelassen:

Fachbereich/Subspezialität:.....

Ausführliche Begründung der Überweisung ausserhalb des OKP-Vertragsnetzes:

.....

.....

.....

.....

- Es liegt ein medizinischer Notfall vor:

Ausführliche Begründung, warum ein medizinischer Notfall vorliegt:

.....

.....

.....

.....

¹ Anhang 4a abgeändert durch LGBI. 2009 Nr. 339.

Ergänzende Bestimmungen:

1. Zuweisungsformulare sind ausnahmslos vor Beginn der Behandlung beim zugewiesenen Leistungserbringer auszustellen und vom zuweisenden Leistungserbringer an den zugewiesenen Leistungserbringer zu übermitteln; nachträglich ausgestellte Zuweisungen werden zurückgewiesen und führen zu einer Nichtvergütung der Leistungen.
2. Zuweisungen an Leistungserbringer der gleichen Fachrichtung bzw. Ausbildungsstufe (z.B. von Allgemeinarzt zu Allgemeinarzt) werden zurückgewiesen und führen zu einer Nichtvergütung der Leistungen.
3. Ein medizinischer Notfall liegt nur dann vor, wenn der überweisende Arzt mit seiner Unterschrift bestätigt, dass er die Behandlung durch einen zur OKP zugelassenen Leistungserbringer und die Zumutbarkeit einer Wartezeit vor Beginn der Behandlung beim zugewiesenen Leistungserbringer geprüft und für ausgeschlossen befunden hat.
4. Die Rechtsfolgen wahrheitswidriger Angaben richten sich nach den Strafbestimmungen des KVG und führen zu einer Nichtvergütung oder Rückvergütung der Leistungen.
5. Der unterzeichnende Arzt erklärt, die Zuweisung des Patienten an einen nicht für die OKP zugelassenen Leistungserbringer aus den angeführten Gründen und nach sorgfältiger Prüfung als unvermeidbar zu erachten und ist verpflichtet, dies auf Anforderung im Einzelfall durch entsprechende Nachweise zu begründen.

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift und Stempel des
zuweisenden Arztes