

KOSTENGUTSPRACHE Kanton BS für stationäre Behandlungen von Eingriffen der AVOS-Liste

Die Rubriken A bis E sind vollständig und lesbar von der gesuchstellenden Ärztin / vom gesuchstellenden Arzt auszufüllen und via verschlüsselter HIN-Mail (versorgungsmoitoring.bs@hin.ch) geschickt werden..

Nicht lesbare und unvollständig ausgefüllte Formulare werden zurückgesandt.

A) Personalien der Patientin / des Patienten

Name:

Vorname:

Adresse:

PLZ/Ort:

Geburtsdatum:

Geschlecht:

B) Gesuchstellende/r Ärztin/Arzt (Gesuchsteller)

Name:

Vorname:

Adresse:

Gesuchsdatum:

Tel:

Mail:

Stempel und Unterschrift
der Ärztin / des Arztes:

C) Zielspital

Name des Spitals:

Abteilung:

Verantwortliche/r
Ärztin/Arzt:

D) Versicherung

Krankenversicherung

Name:

Unfallversicherung angemeldet

Invalidenversicherung angemeldet

E) Medizinische Daten

(STRENG VERTRAULICH: ausschliesslich für die betroffenen Ärztinnen und Ärzte und für die zuständige Stelle des Wohnkantons)

Erstgesuch

Wiedererwägungsgesuch / Einsprache (Begründung zwingend)

Operationsdatum:

Operation:

Diagnose(n) / Nebendiagnose(n):

KOSTENGUTSPRACHE Kanton BS für stationäre Behandlungen von Eingriffen der AVOS-Liste

Medikamente:

Begründung für den stationären Aufenthalt:

Für die aktuelle AVOS-Liste und das Kriterienraster siehe:

<https://www.gesundheitsversorgung.bs.ch/gesundheitsfachpersonen/spitalversorgung/spitalfinanzierung/avos.html>

Angehängte Dateien (Fotos, Berichte, ...): ja, welche:
 nein

Bei Fragen können Sie sich direkt an Frau Dr. med. Julia Berger wenden (061 205 32 28; Mo/Di/Do. versorgungsmonitoring.bs@hin.ch).

Entscheid des Wohnkantons der Patientin oder des Patienten

C) Zielspital

Name Zielspital:

A) Personalien der Patientin / des Patienten

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Beurteilung Kostengutsprache

- Die Kostengutsprache wird erteilt.
- Die Kostengutsprache wird abgelehnt.
Begründung:
 Unvollständigkeit
 AVOS

Ort/Datum

Name und Unterschrift der zuständigen kantonalen Stelle