

**Besuchsanforderung der Clearingstelle für nichtversicherte Klient*innen
für fahrenden Notdienst / Behandlung in der Notfallpraxis**

Testung auf Covid-19

Klientin / Klient	
Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Adresse:	<p>[hier <i>Notfallpraxis Altona</i> oder <i>Farmsen</i> oder <u>Besuchs</u>adresse eintragen mit PLZ, Straße, Haus-Nr., Stockwerk (wenn vorh.), Name an der Klingel]</p> <p>Achtung: Die Besuchsadresse fällt unter die ärztliche Schweigepflicht und darf nicht an andere Beteiligte weitergegeben werden</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Die Kontaktadresse zur Dokumentation auf Laborschein und anderen Dokumenten lautet: <i>ofW Nr. 1, 20099 Hamburg</i></p>
Telefonnummer	
Symptome	
Fieber	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Husten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Atemnot	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name Krankenkasse: PRIVAT, Abrechnung der Leistung zum 1,0fachen Satz	Privat, Rechnungsadresse Clearingstelle c/o Flüchtlingszentrum Hamburg Adenauerallee 10 20097 Hamburg

Angefügt wird die Kostenübernahmeerklärung, mit der die Leistungserbringer gegenüber der Clearingstelle abrechnen können.

Für Rückfragen bei der medizinischen Clearingstelle:

Andrea Niethammer	niethammer@fz-hh.de	040 / 284 079 – 123
Stefanie Ebbeler	ebbeler@fz-hh.de	040 / 284 079 – 121
Flüchtlingszentrum zentral	info@fz-hh.de	040 / 284 079 - 0