

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

Überweisungsschein

Kurativ Präventiv Behndl. gemäß § 116b SGB V bei belegärztl. Behandlung

Unfall Unfallfolgen Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2

Quartal **06** Q J J Geschlecht

Überweisung an **3** Transfusionsmedizin/Laboratoriumsmedizin

Ausführung von Auftragsleistungen Konsiliaruntersuchung Mit-/Weiterbehandlung

AU bis T T M M J J

eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

Diagnose/Verdachtsdiagnose

5

Befund/Medikation

6

Auftrag

7

1

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes