

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

# Überweisungsschein

06  
Quartal

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

Q  J  J

Unfall Unfallfolgen   
 Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2

T  T  M  M  J  J

Geschlecht  
 w     m

Überweisung an \_\_\_\_\_

Ausführung von Auftragsleistungen   
  Konsiliaruntersuchung   
  Mit-/Weiterbehandlung

AU bis  
 T  T  M  M  J  J

eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

## Diagnose/Verdachtsdiagnose

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## Befund/Medikation

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## Auftrag

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes