

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
AOK Niedersachsen		17
Name, Vorname des Versicherten		
Haiduk		
Iryna		geb. am 06.11.91
Scheelenkamp 22 D 30165 Hannover		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
102114819	L412315975	1000000
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
093291400	098607003	29.11.23

## Überweisungsschein

<input checked="" type="checkbox"/> Kurativ	<input type="checkbox"/> Präventiv	<input type="checkbox"/> Behandl. gemäß § 116b SGB V	<input type="checkbox"/> bei belegärztl. Behandlung
<input type="checkbox"/> Unfall Unfallfolgen		Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2 _____	

06BF 7  
Quartal

4 | 23  
Geschlecht

W

Überweisung an Neurologie

AU bis \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Ausführung von Auftragsleistungen	<input type="checkbox"/> Konsiliaruntersuchung	<input checked="" type="checkbox"/> Mit-/Weiterbehandlung
<input type="checkbox"/> eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V		

Diagnose/Verdachtsdiagnose

(R51) Kopfschmerz; (F32.9) Depression; (G43.9) Migräne

Befund/Medikation

Auftrag

weitere Diagnostik, Therapie



093291400.098607003

MVZ am Emmichplatz  
Tatsiana Kosarava  
Fachärztin für Innere Medizin,  
Geriatric  
Eichstrasse 2  
30161 Hannover  
Tel. 0511/9904427 Fax 9904444

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 6/E (10.2019) KBV-PRF NR. Y/9/2307/36/210

Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt