

Krankenkasse bzw. Kostenträger

DAK Gesundheit

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

1983-11-02

Schneider Carla

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

2024-06-25

Überweisungsschein

☐

Kurativ

☐

Präventiv

☐

Behandl. gemäß
§ 116b SGB V

☐

bei belegärztl.
Behandlung

☐☐

06
Quartal

☐

Unfall
Unfallfolgen

Datum der OP bei Leistungen
nach Abschnitt 31.2

☐☐☐☐☐☐☐

Geschlecht

Überweisung
an

Orthopäde, Johannes Weber

☐

Ausführung von
Auftragsleistungen

☐

Konsiliar-
untersuchung

☐

Mit-/Weiter-
behandlung

AU bis

☐☐☐☐☐☐

eingeschränkter Leistungsanspruch
gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Dr. Michael Schmidt
Musterstraße 1, 12345 Musterstadt

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 6 (10.2019)