

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Diagnose

**Verordnung von
Krankenhausbehandlung****2***(Nur bei medizinischer Notwendigkeit zulässig)*☐Belegarzt-
behandlung☐

Notfall

☐Unfall,
Unfallfolgen☐Versorgungs-
leiden (BVG)

Nächsterreichbare, geeignete Krankenhäuser

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes