

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Befunde/Therapie**Notfall-/Vertretungsschein** ärztlicher
Notfalldienst Urlaubs- bzw.
Krankheitsvertretung Unfall
Unfallfolgen Notfall

Quartal

Geschlecht

W M

Diagnosen / ggf. Abrechnungsbegründungen

Arbeitsunfähigkeit
bescheinigt bis _____**Teil b erhält weiterbehandelnder Arzt:**

Tag Mon.

Tag Mon.

Ich bin bei der oben genannten Krankenkasse versichert.

Datum

Unterschrift des Versicherten

**Zum Verbleib beim
vertretenden Arzt**Vertragsarztstempel
Muster 19c/E (10.2014)
PRF.NR.