

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Eintrag nur bei Weiterüberweisung!

Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers

Arzt-Nr. des Erstveranlassers

Befund
eilt, Übermittlung an

Telefon

Fax

Nr. _____

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Überweisungsschein für in-vitro-diagnostische Auftragsleistungen

Kurativ Präventiv bei belegärztl.
Behandlung Unfall,
Unfallfolgen

Knappschafts-
kennziffer

10BF



Quartal

Geschlecht

Kontrolluntersuchung
bekannte Infektion

eingeschränkter
Leistungsanspruch

gemäß § 16
Abs. 3a SGB V

SER

Empfängnisregelung, Sterilisation,
Schwangerschaftsabbruch

SSW

Abnahmedatum

Abnahmezeit