

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Überweisungsschein

Kurativ Präventiv Behandl. gemäß § 116b SGB V bei belegärztl. Behandlung

Unfall Unfallfolgen Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2 _____

Überweisung an _____ AU bis _____

Ausführung von Auftragsleistungen Konsiliaruntersuchung Mit-/Weiterbehandlung _____

eingeschränkter Leistungsanspruch
gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

06BF
Quartal
Geschlecht

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes