

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.
--------------------------------	---------------------	------------------

Vom Vertragsarzt auszufüllen!

zu 1. Angaben bei Arbeitsunfall / sonstigem Unfall / Drittschädigung

Wurde der Patient wegen des Unfalls oder der Schädigung überwiesen?

nein

ja, und zwar

an einen anderen Arzt

von einem anderen Arzt

Name des Arztes

Anschrift

Wurden von Ihnen Leistungen (z.B. Arzneimittel, Heil-/Hilfsmittel, Krankentransport aufgrund des Unfalls) veranlasst/ verordnet?

ja

nein

Wenn ja, welche? (bitte genaue Bezeichnung)

Dauert die Behandlung noch an?

ja

nein

Ist mit Spätfolgen zu rechnen?

ja

nein

noch nicht absehbar

Bitte in jedem Fall ausfüllen!

Behandlungstag EBM-Nr.

Behandlungstag EBM-Nr.

zu 2. Angaben zum ursächlichen Zusammenhang mit dem Versorgungsleiden

Steht die für die Bescheinigung / Verordnung (s. Vorderseite) maßgebliche Diagnose im ursächlichen Zusammenhang mit den anerkannten Versorgungsleiden?

ja

nein

zweifelhaft

Nur bei Arbeitsunfähigkeit / Krankenhauseinweisung!

Die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung / Krankenhauseinweisung war

ausschließlich / überwiegend wegen der anerkannten Schädigungsfolgen vom _____ bis _____

überwiegend wegen anderer Leiden vom _____ bis _____

Bitte in jedem Fall ausfüllen!

Behandlungstag EBM-Nr.

Ausstellungsdatum

Ausstellungsdatum	
Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes	

PRF.NR.
Muster 51.2/E (1.2015)