

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Befunde/Therapie

bitte auf Teil b eintragen!

Arbeitsunfähigkeit  
bescheinigt bis

aus Datenschutzgründen freibleibend

Tag Mon.

Tag Mon.

Ich bin bei der oben genannten Krankenkasse versichert.

Datum

Unterschrift des Versicherten

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

Quartal

Geschlecht

 W  M**Diagnosen / ggf. Abrechnungsbegründungen****Teil b erhält weiterbehandelnder Arzt:**Nicht zu verwenden  
bei Arbeitsunfällen,  
Berufskrankheiten  
und SchülerunfällenVertragsarztstempel  
Muster 19a/E (10.2014)  
PRF.NR.