

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

MUSTER

Überweisungsschein

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

Unfall Unfallfolgen
 Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2:

Überweisung an KH Rummelsberg MZEB

Ausführung von Auftragsleistungen
 Konsiliaruntersuchung
 Mit-/Weiterbehandlung

eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

06

Quartal

Geschlecht

richtiges Quartal eintragen - je nach Termin

Diagnose/Verdachtsdiagnose Beispiele:

F07 G, F71 G, F80 G, G80 G, Q00-07 G,
Q90-99 G, R47 G

Befund/Medikation

Auftrag

MUSTER

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes