

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

## Überweisungsschein

Kurativ

Präventiv

Behandl. gemäß § 116b SGB V

bei belegärztl. Behandlung

06  
Quartal

Unfall  
Unfallfolgen

Datum der OP bei Leistungen  
nach Abschnitt 31.2

|   |   |   |
|---|---|---|
| Q | J | J |
| Q | J | J |
| W | M | M |

Geschlecht

Überweisung

an KH Rummersberg M2EB

Ausführung von  
Auftragsleistungen

Konsiliar-  
untersuchung

Mit-/Weiter-  
behandlung

eingeschränkter Leistungsanspruch  
gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

AU bis

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| T | T | M | M | J | J |
|---|---|---|---|---|---|

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Beispiele:

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

Befund/Medikation

Auftrag

Vertragsarzstempel / Unterschrift des Arztes