

Überweisungsschein

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

Kassen-Nr. Versicherten-Nr.

Gemeinsames Nr. Arzt Nr. Datum

am

Überweisung an

Überweisung

ausführung von Auftragsleistungen

eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

Kurativ

Präventiv

Behandl. gemäß § 116b SGB V

bei belegärztl. Behandlung

Unfall

Unfallfolgen

Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2

AU bis

Mit-/Weiterbehandlung

„Infusionsamb“

06 Quartal

Geschlecht

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 6 (t.2011)

Bitte ausfüllen

Überweisungsauftrag / Fragestellung

Auftrag

Ausstellungsdatum muss vor dem Untersuchungstag liegen

Bitte Kreuz setzen

Überweisung für Behandlung gemäß §116b