

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

Überweisungsschein

06

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

Unfall
 Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2

Quartal

Q	J	J
---	---	---

 Geschlecht

--	--

Überweisung an _____

Ausführung von Auftragsleistungen
 Konsiliaruntersuchung
 Mit-/Weiterbehandlung

AU bis

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

eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 6 (10.2014)

LABORMEDIZIN, ZYTOLOGIE & PATHOLOGIE



ZOTZ | KLIMAS

PARTNER FÜR DIAGNOSTIK & PRÄVENTION

KLINISCHE ANGABEN / VERDACHTSDIAGNOSE

Material 1

Material 2

Material 3

Material 4

Material 5

Material 6

Material 7

Material 8

SKIZZE
