

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 Unfallfolgen   
 Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2

Quartal: **Q** | **J** | **J**   
 Geschlecht:

Überweisung an Psychosomatische Institutsambulanz

Ausführung von Auftragsleistungen   
  Konsiliaruntersuchung   
  Fort-/Weiterbehandlung

eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

AU bis: **T** | **T** | **M** | **M** | **J** | **J**

Diagnose/Verdachtsdiagnose

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Befund/Medikation

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Auftrag

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster