

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Überweisungsschein

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

Unfall Unfällefolgen Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2

T T M M J J

06

Quartal

Q J J

Geschlecht

Überweisung an HNO-Heilkunde

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

Hausarztvermittlung

Auftrag

Vertagsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 6 (10.2019)