

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Krankenkasse xy 123456

Name, Vorname des Versicherten

Mustermann, Max geb. am
Musterweg 1 01.01.01
99999 Musterstadt

Kostenträgerkennung

9876543

Versicherten-Nr.

K1234567890

Status

xxxxx

Betriebsstätten-Nr.

232323232

Arzt-Nr.

00000000001

Datum

xx.xx.xxxx

Überweisungsschein

06

Kurativ

Präventiv

Behandl. gemäß § 116b SGB V

bei belegärztl. Behandlung

Quartal		
Q	J	J
Geschlecht		
W	M	

Unfall
Unfallfolgen

Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2

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

Überweisung an **Gastroenterologie**

Ausführung von Auftragsleistungen

Konsiliaruntersuchung

Mit-/Weiterbehandlung

AU bis

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

eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

Diagnose/Verdachtsdiagnose

gesicherte Crohn-Krankheit	K50
gesicherte Colitis ulcerosa	K51
Colitis indeterminata	K52.3

Befund/Medikation

Auftrag

Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes