

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstellen-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

**Verordnung von  
Krankenhausbehandlung***(Nur bei medizinischer Notwendigkeit zulässig)* Belegarzt-  
behandlung  Notfall Unfall,  
Unfallfolgen  Versorgungs-  
leiden (BVG)

Nächst erreichbare, geeignete Krankenhäuser

**Diagnose**


---



---



---



---



---

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

**Bitte dem Patienten gesondert mitgeben!**

Untersuchungsergebnisse

---



---

Bisherige Maßnahmen (z. B. Medikation)

---



---

Fragestellung/Hinweise (z. B. Allergie)

---



---

Mitgegebene Befunde

---



---

Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt.  
Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.Muster 2b+E (7/2008)  
KEV-PRF NR.**Ausfertigung für den Krankenhausarzt ! Vertraulich!**