

Überweisungsschein

06BF

Quartal

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

Unfall
Unfallfolgen

Datum der OP bei Leistungen
nach Abschnitt 51.2 _____

Geschlecht

W M

Überweisung
an _____

Ausführung von
Auftragsleistungen Konsiliar-
untersuchung Mit-Weiter-
behandlung

AU bis _____

eingeschränkter Leistungsanspruch
gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr.

Eckzeit

Beratungsstellen-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Verfügungsbefehl / Unterschrift des Arztes