

Name, Vorname des Versicherten

geb.am

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr.

Status

Vertragsarzt-Nr.

VK gültig bis

Datum

Überweisungs-/Abrechnungsschein

kurativ

Präventiv

bei belegärztl.
Behandlung

Quartal

Unfall
Unfallfolgen

Datum der OP bei Leistungen
nach Abschnitt 31.2

Geschlecht

W

M

Überweisung
an

Ausführung von
Auftragsleistungen

Konsiliar-
untersuchung

Mit-/Weiter-
behandlung

AU bis

-

-

Auftrag (bitte auch wichtige Befunde/Medikation angeben) /Diagnose/Verdacht

Psychotherapie (Zahnbehandlungsphobie ICD 10 F40.2)

Vertragsarztstempel/Unterschrift überw. Arzt

Vertragsarztstempel des abrechnenden Arztes