

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Überweisungsschein

06

Quartal

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

Q | J | J

Unfall Unfallfolgen
 Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2

T | T | M | M | J | J W | M

Überweisung an **MZEB**

Ausführung von Auftragsleistungen
 Konsiliaruntersuchung
 Mit-/Weiterbehandlung

AU bis
T | T | M | M | J | J

eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

Diagnose/Verdachtsdiagnose

G80.xG und/oder Q00-07.xG und/oder Q90-99.xG und/oder R47.xG

Befund/Medikation

Auftrag

Mitbehandlung durch MZEB oder ähnlich

MUSTER zur Vorlage beim überweisenden Arzt

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes