

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten <b>Max Mustermann</b> geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

## Überweisungsschein

06

Quartal

<input checked="" type="checkbox"/> Kurativ	<input type="checkbox"/> Präventiv	<input type="checkbox"/> Behandl. gemäß § 116b SGB V	<input type="checkbox"/> bei belegärztl. Behandlung	<b>Q</b> <b>J</b> <b>J</b>
<input type="checkbox"/> Unfall Unfallsfolgen	Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2		<b>T</b> <b>T</b> <b>M</b> <b>M</b> <b>J</b> <b>J</b>	<input type="checkbox"/>

Geschlecht

Überweisung an **SPK, Augenambulanz Prof. Rieck**

<input type="checkbox"/> Ausführung von Auftragsleistungen	<input type="checkbox"/> Konsiliaruntersuchung	<input checked="" type="checkbox"/> Mit-/Weiterbehandlung	AU bis <b>T</b> <b>T</b> <b>M</b> <b>M</b> <b>J</b> <b>J</b>
<input type="checkbox"/> eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V			

### Diagnose/Verdachtsdiagnose

passende Diagnose bitte eintragen

### Befund/Medikation

zusätzliche Informationen für unsere Ärzte

### Auftrag

Erbitte Therapievorschlag

Erbitte Mit- und Weiterbehandlung

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes