

Patient/-in Name, Vorname

Telefon

E-mail

Kostenträger

Terminvermittlung

an BSNR 421953000 Kassel

Datum

Bitte vereinbaren Sie einen Termin mit der Patientin/dem Patienten! 1 – 4 Tage 15 – 14 Tage 15 – 35 Tage

Beiliegend: Überweisungsschein Medikamentenplan Laborausdruck Vorbefunde Sonstiges

Bemerkungen

Die Behandlung ist nur mit einem Überweisungsschein möglich!

Überweisungsschein

Krankenkasse bzw. Kostenträger: _____

Name, Vorname des Versicherten: _____ geb. am: _____

Kostenträgerkennung: _____ Versicherten-Nr.: _____ Status: _____

Gemeinsam-Nr.: _____ Arzt-Nr.: _____ Datum: _____

Diagnose/Verdachtsdiagnose: _____

Befund/Medikation: _____

Auftrag: _____

Telefonnummer der Patienten: _____

Überweisungsschein Details:

- Kurativ Präventiv Behandl. gemäß § 118b SGB V bei belegärztl. Behandlung
- Unfall Unfallsfolgen Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2: TTMMJJJ
- Ausführung von Auftragsleistungen Konsiliaruntersuchung Mit-/Weiterbehandlung AU bis TTMMJJJ
- eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

Bitte auf dem Original Überweisungsschein DRINGEND vermerken

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 6 (10.2019)

Bitte beachten Sie die Hinweise, welche auf dem Überweisungsschein zwingend aufgeführt sein müssen.

Den **Original**-Überweisungsschein geben Sie bitte Ihrer Patientin/Ihrem Patienten mit.

Vielen Dank,
 Ihr Praxisteam

Unterschrift

Überweisende Praxis (Stempel)



Qualitäts-Partner
INNERE MEDIZIN
 Prävention · Diagnostik · Therapie

Kardiologie
 Gemeinschaftspraxis Kassel
 Wilhelmshöher Allee 5
 34117 Kassel

Kassenärztliche Sprechstunde
 Telefon (05 61) 73 98 32-0
Privatärztliche Sprechstunde
 Telefon (05 61) 73 98 32-22

Telefax (05 61) 73 98 32-11
 info@kardio-praxis-ks.de
 www.kardio-praxis-ks.de