

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

## Notfall-/Vertretungsschein

☐ ärztlicher  
Notfalldienst

☐ Urlaubs- bzw.  
Krankheitsvertretung

☐ Notfall

☐ Unfall  
Unfallfolgen

Quartal

Geschlecht  W  M

19BF

Diagnosen / ggf. Abrechnungsbegründungen

Befunde/Therapie

bitte auf Teil b eintragen!

Arbeitsunfähigkeit  
bescheinigt bis

aus Datenschutzgründen freibleibend

Teil b erhält weiterbehandelnder Arzt:

| Tag                  | Mon.                 | Tag                  | Mon.                 |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Ich bin bei der oben genannten Krankenkasse versichert.

Datum

Unterschrift des Versicherten

**Nicht zu verwenden  
bei Arbeitsunfällen,  
Berufskrankheiten  
und Schülerunfällen**

Vertragsarztstempel

Muster 19a/E (10.2014)  
PRF.NR.