

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.
--------------------------------	---------------------	------------------

Vom Vertragsarzt auszufüllen!

zu 1. Angaben bei Arbeitsunfall / sonstigem Unfall / Drittschädigung

Wurde der Patient wegen des Unfalls oder der Schädigung überwiesen?

☐ nein

☐ ja, und zwar
Name des Arztes

☐ an einen anderen Arzt

☐ von einem anderen Arzt
Anschrift

Wurden von Ihnen Leistungen (z.B. Arzneimittel, Heil-/Hilfsmittel, Krankentransport aufgrund des Unfalls) veranlasst/ verordnet?

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, welche? (bitte genaue Bezeichnung)

Dauert die Behandlung noch an?

☐ ja

☐ nein

Ist mit Spätfolgen zu rechnen?

☐ ja

☐ nein

☐ noch nicht absehbar

Bitte in jedem Fall ausfüllen!

Behandlungstag

EBM-Nr.

Behandlungstag

EBM-Nr.

zu 2. Angaben zum ursächlichen Zusammenhang mit dem Versorgungsleiden

Steht die für die Bescheinigung / Verordnung (s. Vorderseite) maßgebliche Diagnose im ursächlichen Zusammenhang mit den anerkannten Versorgungsleiden?

☐ ja

☐ nein

☐ zweifelhaft

Nur bei Arbeitsunfähigkeit / Krankenhauseinweisung!

Die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung / Krankenhauseinweisung war

☐ ausschließlich / überwiegend wegen
der anerkannten Schädigungsfolgen vom

bis

☐ überwiegend wegen
anderer Leiden vom

bis

Bitte in jedem Fall ausfüllen!

Behandlungstag

EBM-Nr.

Ausstellungsdatum

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes