

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

## Überweisungsschein

☐

Kurativ

☐

Präventiv

☐

Behandl. gemäß  
§ 116b SGB V

☐

bei belegärztl.  
Behandlung

☐

Unfall  
Unfallfolgen

Datum der OP bei Leistungen  
nach Abschnitt 31.2

Überweisung  
an

☐

Ausführung von  
Auftragsleistungen

☐

Konsiliar-  
untersuchung

☐

Mit-/Weiter-  
behandlung

AU bis

☐

eingeschränkter Leistungsanspruch  
gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

06DF

Quartal

Geschlecht

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

PRFNR.

Muster 6/D (10.2019)