

Krankenkasse bzw. Kostenträger

**Verordnung von  
Krankenhausbehandlung***(Nur bei medizinischer Notwendigkeit zulässig)*☐ Belegarzt-  
behandlung ☐ Notfall☐ Unfall,  
Unfallfolgen ☐ Versorgungs-  
leiden (BVG)

Nächsterreichbare, geeignete Krankenhäuser

---



---

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Diagnose

---



---



---



---



---

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Die Kostenverpflichtungserklärung gegenüber dem Krankenhaus bleibt der Krankenkasse vorbehalten; deshalb bitte diese Verordnung vor Aufsuchen des Krankenhauses der zuständigen Krankenkasse vorlegen.

Geschieht das nicht, so kann die Kostenübernahme durch die Krankenkasse abgelehnt werden; es sei denn, es liegt ein Notfall vor, und ein Leistungsanspruch besteht.

Vom Krankenhaus auszufüllen:

Krankenhausaufnahme erfolgt(e) am  
(Tag)

---



---

Stempel des Krankenhauses und Unterschrift