

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Überweisungsschein

06BF
Quartal

☐ Kurativ
 ☐ Präventiv
 ☐ Behandl. gemäß § 116b SGB V
 ☐ bei belegärztl. Behandlung

☐ Unfall Unfallfolgen
 Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2

Geschlecht

Überweisung
an

AU bis

☐ Ausführung von Auftragsleistungen
 ☐ Konsiliaruntersuchung
 ☐ Mit-/Weiterbehandlung

☐ eingeschränkter Leistungsanspruch
gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes