

Krankenkasse bzw. Kostenträger

AOK Baden-Württemberg

Name, Vorname des Versicherten

Testi

Testi

Spitalstr. xxx

D 89584 Ehingen

geb. am

23.03.65

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

108018007

X111111111

1000000

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

622103100

064343031

Überweisungsschein

☐ Kurativ

☐ Präventiv

☒ Behandl. gemäß
§ 116b SGB V

☐ Unfall,
Unfallfolgen

Datum der GP bei Leistungen
nach Abschnitt 31.2



bei belegärztl.
Behandlung

Quartal

Q J J

Geschlecht

M

T T M M J J

Überweisung
an

Rheumatologie

☐ Ausführung von
Auftragsleistungen

☐ Konsiliar-
untersuchung

☒ Mit-/Weiter-
behandlung

AU bis

T T M M J J

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

Diagnose/Verdachtsdiagnose

ICD-10:

Befund/Medikation

Auftrag

Sehr geehrte Frau Kollegin, Sehr geehrter
Herr Kollege, füllen Sie bitte den Ü-Schein
entsprechend diesem Muster aus - herzlichen
Dank!

Vertragsarztstempel/Unterschrift des Arztes