

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   
  Konsiliaruntersuchung   
  Mit-/Weiterbehandlung

eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

06  
Quartal

Q J

Geschlecht

W M

AU bis

T T M M J J

Diagnose/Verdachtsdiagnose

---

---

---

Befund/Medikation

---

---

---

---

Auftrag

---

---

---

---

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 6 (10.2014)

Quartal des Termins eintragen

ProNobis Ingolstadt gGmbH MZEB

Bsp.: F07.-G, F70.1G, F71.-G  
siehe Formular „Arztinformation zur Überweisung eines Patienten an das MZEB Ingolstadt“

Welche Fragestellung haben Sie u.U. an uns?