

Name, Vorname des Versicherten

geb.am

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr.

Status

Vertragsarzt-Nr.

VK gültig bis

Datum

### Überweisungs-/Abrechnungsschein

kurativ

Präventiv

bei belegärztl.  
Behandlung

Quartal

Unfall

Datum der OP bei Leistungen  
Unfallfolgen nach Abschnitt 31.2

Geschlecht

W

M

Überweisung  
an

Ausführung von  
Auftragsleistungen

Konsiliar-  
untersuchung

Mit-/Weiter-  
behandlung

AU bis

- -

### Auftrag (bitte auch wichtige Befunde/Medikation angeben) /Diagnose/Verdacht

Psychotherapie (Zahnbehandlungsphobie ICD 10 F40.2)

Vertragsarztstempel/Unterschrift überw. Arzt

Vertragsarztstempel des abrechnenden Arztes