

Wie muss der Überweisungsschein aussehen, damit wir untersuchen oder behandeln können?

Krankenkasse bzw. Kostenträger		Überweisungsschein		06 Quartal
Name, Vorname des Versicherten		<input type="checkbox"/> Kurativ	<input type="checkbox"/> Präventiv	<input type="checkbox"/> Behandl. gemäß § 116b SGB V
geb. am		<input type="checkbox"/> bei belegärztl. Behandlung	Geschlecht <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> U	
Kassen-Nr.		<input type="checkbox"/> Unfall	Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2 <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> U	
Versicherten-Nr.		Übersweisung an <u>Orthopädie</u>		
Status		<input type="checkbox"/> Ausführung von Auftragsleistungen	<input type="checkbox"/> Konsiliaruntersuchung	<input checked="" type="checkbox"/> Mit-/Weiterbehandlung
Behandlungs-Nr.		AU bis <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> U		
Ausz-Nr.		<input type="checkbox"/> eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V		
Datum		Diagnose/Wendechtsdiagnose		
		<u>ICD 10</u>		
		Befund/Medikation		
		<u>- Gültig für ein Quartal</u>		
		Auftrag		
		<u>Mitbehandlung</u>		
		Alle Vertragsärzte		
		Vertragsärztensiegel / Unterschrift des Arztes		
		Muster 6 (v.2015)		



Krankenkasse bzw. Kostenträger		Überweisungsschein		06 Quartal
Name, Vorname des Versicherten		<input type="checkbox"/> Kurativ	<input type="checkbox"/> Präventiv	<input type="checkbox"/> Behandl. gemäß § 116b SGB V
geb. am		<input type="checkbox"/> bei belegärztl. Behandlung	Geschlecht <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> U	
Kassen-Nr.		<input type="checkbox"/> Unfall	Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2 <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> U	
Versicherten-Nr.		Übersweisung an <u>Orthopädie</u>		
Status		<input type="checkbox"/> Ausführung von Auftragsleistungen	<input checked="" type="checkbox"/> Konsiliaruntersuchung	<input type="checkbox"/> Mit-/Weiterbehandlung
Behandlungs-Nr.		AU bis <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> U		
Ausz-Nr.		<input type="checkbox"/> eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V		
Datum		Diagnose/Wendechtsdiagnose		
		<u>ICD 10</u>		
		Befund/Medikation		
		<u>- Nur für eine Vorstellung gültig</u>		
		Auftrag		
		<u>Beratung zur konkreten Fragestellung:</u> <u>keine Behandlung möglich</u>		
		Alle Vertragsärzte		
		Vertragsärztensiegel / Unterschrift des Arztes		
		Muster 6 (v.2015)		



Unsere ermächtigten Fachärzte dürfen im Rahmen der Sprechstunde nur die Leistungen erbringen, die von der Kassenärztlichen Vereinigung genehmigt wurden. Um diese korrekt nachweisen und abrechnen zu können, benötigen wir den richtigen Überweisungsschein. Wir möchten Sie daher bitten, uns einen Überweisungsschein nach den oben genannten Vorgaben auszustellen.

Mit freundlichen Grüßen
Ihr BG-Klinikum Duisburg