Überweisungs-/Abrechnungsschein

06-2

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status

Vertragsarzt-Nr. | VK gültig bis | Datum

[X] Kurativ [ ] Präventiv [ ] bei belegärztl. Behandlung Quartal

[ ] Unfall Unfallfolgen Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2 T T M M J J Geschlecht W M

Überweisung an MEDIZINISCHE GENETIK

[ ] Ausführung von Auftragsleistungen [ ] Konsiliaruntersuchung [X] Mit-/Weiterbehandlung AU bis T T M M J J

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

HUMANGENETISCHE BERATUNG

Diagnosen / ggf. Abrechnungsbegründungen

Tag	Mon.			Tag	Mon.		

Vertragsarztstempel/Unterschrift überw. Arzt

Vertragsarztstempel des abrechnenden Arztes

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen

Muster 6 (4.2005)

KUVERPA Druckerei · 47877 Willich