

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten <i>Mustermann, Max</i> <i>Musterstrasse 1</i> <i>11111 Beispielhaft</i>		geb. am <i>1.1.2000</i>
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Überweisungsschein

06

Quartal

Kurativ
 Präventiv
 Behandl. gemäß § 116b SGB V
 bei belegärztl. Behandlung

Q J J

Geschlecht

Unfall Unfallsfolgen
 Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2

T T M M J J W M

Überweisung an *Nephrologie*

Ausführung von Auftragsleistungen
 Konsiliaruntersuchung
 Mit-/Weiterbehandlung

AU bis T T M M J J

eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

Diagnose/Verdachtsdiagnose

C3 Glomerulopathie / MPGN

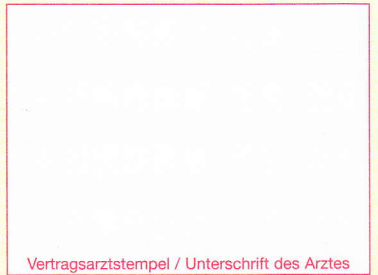
Befund/Medikation

Auftrag

Mitbetreuung im Rahmen des C3G Registers

Mit der Datenüberm. Abgem. einverstanden:

M. Mustermann



Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

02/15 Vordruck Leitverlag GmbH Berlin, Hasenbrücker Straße 31b, 09599 Freiberg, Tel. 03731/303-0