Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

Überweisungsschein

06 Quartal

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

Geschlecht

☐ Unfall Unfallfolgen

Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2

Überweisung an STOFFWECHSEL-AMBULANZ

AU bis

☐ Ausführung von Auftragsleistungen ☐ Konsiliar-untersuchung ☐ Mit-/Weiter-behandlung

☐ eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Familiäre Hypercholesterinämie

KHK + Stent 2000

Befund/Medikation

Unverträglichkeit von Atorvastatin 20mg, Pravastatin 20mg (Muskelschmerzen)

Auftrag

Erbitte Therapie-Empfehlung

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Variograph GmbH

Muster 6 (10.2014)