

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
BARMER GEK		37601
Name, Vorname des Versicherten		
Müller Franz		geb. am 11.11.11
Musterstr. 55 D 40221 Düsseldorf		06/14
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
4080005	123456789	1000 1
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
240101100	999996610	27.06.14

# Überweisungsschein

06BF  
Quartal

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

2/14

Unfall Unfallsfolgen    Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2

Geschlecht  
W  M

Überweisung an Humangenetik AU bis \_\_\_\_\_

Ausführung von Auftragsleistungen     Konsiliaruntersuchung     Mit-/Weiterbehandlung

eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

Diagnose/Verdachtsdiagnose

unerfüllter Kinderwunsch

Befund/Medikation



Auftrag

Humangenetische Beratung mit Weiterbehandlung

Dr. med. Monika Muster  
Fachärztin für Musterologie  
Irrestr. 86  
40221 Düsseldorf am Rhein  
Tel. vorhanden

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt.