

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
geb. am						
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.		Status			
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis		Datum			

Diagnose

Verordnung von Krankenhausbehandlung

(Nur bei medizinischer Notwendigkeit zulässig)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Belegarzt-
behandlung | <input type="checkbox"/> Notfall |
| <input type="checkbox"/> Unfall,
Unfallfolgen | <input type="checkbox"/> Versorgungs-
leiden (BVG) |

Nächsterreichbare, geeignete Krankenhäuser

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
geb. am						
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.		Status			
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis		Datum			

Verordnung von Krankenhausbehandlung
 (Nur bei medizinischer Notwendigkeit zulässig)

<input type="checkbox"/> Belegarzt- behandlung	<input type="checkbox"/> Notfall
<input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolgen	<input type="checkbox"/> Versorgungs- leiden (BVG)

Nächsterreichbare, geeignete Krankenhäuser

Diagnose

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Für den Krankenhausarzt! Vertraulich! Bitte dem Patienten gesondert mitgeben!

Untersuchungsergebnisse

Bisherige Maßnahmen (z. B. Medikation)

Fragestellung/Hinweise (z. B. Allergie)

Mitgegebene Befunde
