

Wie muss der Überweisungsschein aussehen, damit wir untersuchen oder behandeln können?

Krankenkasse bzw. Kostenträger	Überweisungsschein	06 Quartal
Name, Vorname des Versicherten	<input type="checkbox"/> Kurativ <input type="checkbox"/> Präventiv <input type="checkbox"/> Behandl. gemäß § 116b SGB V <input type="checkbox"/> bei belegärztl. Behandlung	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G Geschlecht
geb. am	<input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2	<input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> U Datum
Kassen-Nr. Versicherungs-Nr. Status	Überweisung an <u>Neurologie</u>	<input type="checkbox"/> Ausführung von Auftragsleistungen <input type="checkbox"/> Konsiliaruntersuchung <input checked="" type="checkbox"/> Mit-/Weiterbehandlung
Betriebsärztin-Nr. Arzt-Nr. Datum	<input type="checkbox"/> eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V	<input type="checkbox"/> AU bis <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J
Diagnose/Wendechtsdiagnose	Dystone Bewegungsstörung, neurogene muskuläre Spastik, Hämispasmus facialis, axilläre Hyperhidrose oder chronische Migräne	
Befund/Medikation	- Gültig für ein Quartal	
Auftrag	Mitbehandlung	
	1. Vorstellung nur Neurologen, dann Hausarzt möglich	
	<small>Vertragsärztin/Ärztel / Unterschrift des Arztes</small> <small>Muster 6 (v.2015)</small>	



Krankenkasse bzw. Kostenträger	Überweisungsschein	06 Quartal
Name, Vorname des Versicherten	<input type="checkbox"/> Kurativ <input type="checkbox"/> Präventiv <input type="checkbox"/> Behandl. gemäß § 116b SGB V <input type="checkbox"/> bei belegärztl. Behandlung	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G Geschlecht
geb. am	<input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2	<input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> U Datum
Kassen-Nr. Versicherungs-Nr. Status	Überweisung an <u>Neurologie</u>	<input type="checkbox"/> Ausführung von Auftragsleistungen <input checked="" type="checkbox"/> Konsiliaruntersuchung <input type="checkbox"/> Mit-/Weiterbehandlung
Betriebsärztin-Nr. Arzt-Nr. Datum	<input type="checkbox"/> eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V	<input type="checkbox"/> AU bis <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J
Diagnose/Wendechtsdiagnose	ICD 10	
Befund/Medikation	- nur für eine Vorstellung	
	- Mitgabe der Vorbefunde notwendig	
Auftrag	Beratung zur konkreten Fragestellung: keine Behandlung möglich	
	nur Neurologen	
	<small>Vertragsärztin/Ärztel / Unterschrift des Arztes</small> <small>Muster 6 (v.2015)</small>	



Unsere ermächtigten Fachärzte dürfen im Rahmen der Sprechstunde nur die Leistungen erbringen, die von der Kassenärztlichen Vereinigung genehmigt wurden. Um diese korrekt nachweisen und abrechnen zu können, benötigen wir den richtigen Überweisungsschein. Wir möchten Sie daher bitten, uns einen Überweisungsschein nach den oben genannten Vorgaben auszustellen.

Mit freundlichen Grüßen
 Ihr BG-Klinikum Duisburg