

Muster 2: Verordnung von Krankenhausbehandlung

Muster 2a: Ausfertigung für die Krankenkasse, Vorderseite

Freigabe 01.09.2014			Verordnung von Krankenhausbehandlung 2 <i>(Nur bei medizinischer Notwendigkeit zulässig)</i>	
Krankenkasse bzw. Kostenträger			<input type="checkbox"/> Belegarzt- behandlung	<input type="checkbox"/> Notfall
Name, Vorname des Versicherten			<input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolgen	<input type="checkbox"/> Versorgungs- leiden (BVG)
geb. am			Nächsterreichbare, geeignete Krankenhäuser	
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status		
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum		
Diagnose			Verbindliches Muster	
			Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes	
<i>Bitte die Rückseite beachten!</i>			Muster 2a (10.2014)	

Originalgröße: DIN A6 quer

Muster 2: Verordnung von Krankenhausbehandlung

Muster 2a: Ausfertigung für die Krankenkasse, Rückseite

<p>Die Kostenverpflichtungserklärung gegenüber dem Krankenhaus bleibt der Krankenkasse vorbehalten; deshalb bitte diese Verordnung vor Aufsuchen des Krankenhauses der zuständigen Krankenkasse vorlegen.</p> <p>Geschieht das nicht, so kann die Kostenübernahme durch die Krankenkasse abgelehnt werden; es sei denn, es liegt ein Notfall vor, und ein Leistungsanspruch besteht.</p>	
<p>Vom Krankenhaus auszufüllen:</p> <p>Krankenhausaufnahme</p> <p>erfolgt(e) am _____</p>	<p>Freigabe 01.09.2014</p> <p>Verbindliches Muster</p> <p>Stempel des Krankenhauses und Unterschrift</p>

Originalgröße: DIN A6 quer

Muster 2: Verordnung von Krankenhausbehandlung

Muster 2b: Ausfertigung für den Krankenhausarzt

Freigabe 01.09.2014			Verordnung von Krankenhausbehandlung 2 <i>(Nur bei medizinischer Notwendigkeit zulässig)</i>	
Krankenkasse bzw. Kostenträger			<input type="checkbox"/> Belegarzt- behandlung	<input type="checkbox"/> Notfall
Name, Vorname des Versicherten			<input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolgen	<input type="checkbox"/> Versorgungs- leiden (BVG)
geb. am			Nächst erreichbare, geeignete Krankenhäuser	
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status		
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum		
Diagnose			Verbindliches Muster	
Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes				
<i>Bitte dem Patienten gesondert mitgeben!</i>				
Untersuchungsergebnisse _____				
Bisherige Maßnahmen (z. B. Medikation) _____				
Fragestellung/Hinweise (z. B. Allergie) _____				
Mitgegebene Befunde _____				
Ausfertigung für den Krankenhausarzt! Vertraulich!			Muster 2b (10.2014)	

Originalgröße: DIN A5 hoch

Muster 2: Verordnung von Krankenhausbehandlung

Muster 2c: Ausfertigung für den einweisenden Zahnarzt

Freigabe 01.09.2014			<p>Verordnung von Krankenhausbehandlung 2 <i>(Nur bei medizinischer Notwendigkeit zulässig)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Belegarzt-behandlung <input type="checkbox"/> Notfall</p> <p><input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolgen <input type="checkbox"/> Versorgungs-leiden (BVG)</p> <p>Nächsterreichbare, geeignete Krankenhäuser</p> <p style="text-align: center; color: red; font-size: 2em; transform: rotate(-30deg);">Verbindliches Muster</p> <p style="font-size: 0.8em;">Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</p>
<p>Krankenkasse bzw. Kostenträger</p> <hr/> <p>Name, Vorname des Versicherten geb. am</p> <hr/> <p>Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status</p> <hr/> <p>Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum</p> <hr/> <p>Diagnose</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>			
<i>Für den Krankenhausarzt! Vertraulich!</i>			
<p>Untersuchungsergebnisse _____</p> <hr/> <hr/> <hr/> <p>Bisherige Maßnahmen (z. B. Medikation) _____</p> <hr/> <hr/> <hr/> <p>Fragestellung/Hinweise (z. B. Allergie) _____</p> <hr/> <hr/> <hr/> <p>Mitgegebene Befunde _____</p> <hr/> <hr/> <hr/>			
Ausfertigung für den überweisenden Arzt		Muster 2c (10.2014)	

Originalgröße: DIN A5 hoch