

|   |                  |                     |
|---|------------------|---------------------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger                  |                  |                     |
| KN Knappschaft                                  |                  |                     |
| Name, Vorname des Versicherten                  |                  |                     |
| Mustermann<br>Muster<br>Straße<br>D 12345 Stadt |                  | geb. am<br>01.01.60 |
| Kostenträgerkennung                             | Versicherten-Nr. | Status              |
| 109905003                                       | 1234567801       | 1000000             |
| Betriebsstätten-Nr.                             | Arzt-Nr.         | Datum               |
| 728412200                                       | 676070101        | 11.11.24            |

# Überweisungsschein

**06BF**  
Quartal  
4 | 24  
Geschlecht  
M

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

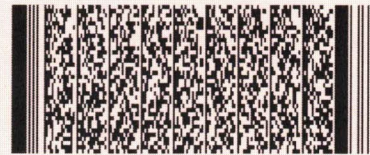
Unfall Unfallfolgen   
 Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2 \_\_\_\_\_

Überweisung an Diabetologie

Ausführung von Auftragsleistungen   
  Konsiliaruntersuchung   
  Mit-/Weiterbehandlung

AU bis \_\_\_\_\_

eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V



**Diagnose/Verdachtsdiagnose**

(Diagnose) "Diabetes"

**Befund/Medikation**

"Hausarztvermittlungsfall" (wenn Termin innerhalb von 35 Tagen)

**Auftrag**

"Mit- oder Weiterbehandlung" (dann DMP-Übernahme hier) ODER "Nur Schulung" (DMP bleibt beim Überweiser)

