

Überweisungsschein

06

Quartal

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

☐ Unfall ☐ Unfallfolgen Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2

Quartal: **Q** **J** **J** Geschlecht: **J**

Überweisung an

☐ Ausführung von Auftragsleistungen ☐ Konsiliaruntersuchung ☐ Mit-/Weiterbehandlung

☐ eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

AU bis: **T** **T** **M** **M** **J** **J**

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 6 (10.2019)

**LA-Regio Kliniken****SPZ Landshut****an der Kinderklinik St. Marien****Übermittlung per E-Mail oder Fax**

Fax: 0871 8521440

E-Mail: spz-sekretariat@la-regio-kliniken.de

Praxisstempel:

--

**SPZ – Anmeldung von Patienten**

Betrifft Patient/in: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail Adresse: _____

- ☐ Neurologie (Überweisung Neuropädiatrie ausgestellt)
☐ SPZ
☐ Allergie- und Asthmaambulanzsprechstunde (SPZ-Schein erforderlich)
☐ Privatpatient

Auftrag an das SPZ: _____

Bitte markieren Sie „**Dringlichkeit**“ **nur bei Patienten**, deren Termin **innerhalb der nächsten drei Wochen stattfinden muss und begründen dies kurz.**

☐ Dringlichkeit: _____