

Kasse bzw. Kostenträger		
KK Südwest		51
Name, Vorname des Versicherten		
Hart		
Andreas		geb. am
		06.02.75
F.-J.-Ehrhart-Str. 1		
D 67059 Ludwigshafen		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
109303301	B427880612	5
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
498611000	368489301	15.02.16

Arbeitsunfähigkeits- 1 bescheinigung

- Erstbescheinigung
 Folgebescheinigung

- Arbeitsunfall, Arbeitsunfall-
folgen, Berufskrankheit dem Durchgangsarzt
zugewiesen

arbeitsunfähig seit 15.02.16

voraussichtlich arbeitsunfähig
bis einschließlich oder letzter
Tag der Arbeitsunfähigkeit 19.02.16

festgestellt am 15.02.16

49.86.110
 Dr. Regina Will
 Burgundenstr. 3
 67059 Ludwigshafen
 Tel. 0621 / 5723377
 Fax: 0621 / 6864371

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für Versicherte

AU-begründende Diagnose(n) (ICD-10)

ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code
H93.2 G	R10.4 G	

Lärmempfindlichkeit des Gehörs;

- sonstiger Unfall,
Unfallfolgen Versorgungs-
leiden (z.B. BVG)

Es wird die Einleitung folgender besonderer Maßnahmen für erforderlich gehalten

- Leistungen zur
medizinischen Rehabilitation stufenweise
Wiedereingliederung
- Sonstige

Im Krankengeldfall ab 7. AU-Woche oder
sonstiger Krankengeldfall Endbescheinigung

Hinweis für Versicherte zum Krankengeld
 Achten Sie bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit auf einen lückenlosen Nachweis. Hierfür stellen Sie sich bitte spätestens
 an dem Werktag, der auf den letzten Tag der aktuellen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung folgt, bei Ihrem Arzt
 oder Ihrer Ärztin vor. Bei verspäteter Vorlage der Bescheinigung bei der Krankenkasse oder lückenhaftem Nachweis der
 Arbeitsunfähigkeit droht Krankengeldverlust. Weitere Informationen erhalten Sie bei Ihrer Krankenkasse.

Verordnung einer Krankenbeförderung

Krankenkasse bzw. Kostenträger	IKK Südwest	51
Name, Vorname des Versicherten	Hart Andreas	
geb. am	06.02.75	
F.-J.-Ehrhart-Str. 1		
D 67059 Ludwigshafen		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
109303301	B427880612	5
Betriebsstätten-Nr.	Aziti-Nr.	Datum
498611000	368489301	08.03.16

Mitteilung von Krankheiten und dritter Ursachen Gesundheitschäden gem. 294a SGB V

Unfall, Arbeitsunfall, Versorgungsleiden, sonstiger Schaden
 Unfallfolgen, Berufskrankheit (BVG u.a.)

1. Hauptleistung A) im Krankenhaus

B) ambulante Operation

Krankenhausbehandlung voll- oder teilstationär
 Krankenhausbehandlung vor- oder nachstationär
 beim Vertragsarzt im Krankenhaus sonstige

ambulante Operation gem. § 115b SGB V
 Vor- oder Nachbehandlung bei ambulanter Operation

Krankenhausbildungsdaten
 Behandlungsdaten

C) ambulante Behandlung (von der Krankenkasse zu genehmigen) hochfrequente Behandlung

gem. Anlage 2 der Krankentransport-Richtlinien (Dialyse, onkologische Chemo- oder Strahlentherapie)
 vergleichbarer Ausnahmefall wegen

dauerhafte Mobilitätseinschränkung

Merkzeichen "aG", "Bl", "H" oder Pflegestufe 2 bzw. 3 vorgelegt
 vergleichbarer Grund wegen (ggf. Angabe ICD 10)

voraussichtliche Behandlungsfrequenz: X pro Woche über Monate
 ggf. Zeitraum der Serienverordnung:

2. Beförderungsmittel

Begründung des Beförderungsmittels (ggf. Angabe ICD 10)

Medizin.-technische Ausstattung erforderlich: **49.86.110** ^{tabin}
Dr. Regina Will
 Allgemeinärztin
 Wohnpl. Burgundenstr. 3
 Arztpraxis Ludwigshafen
 Tel. 0621 / 5723377
 Krankenhaus andere
 Beförderungsweg:

Taxi, Mietwagen Kranken-transportwagen Rettungswagen
 Tragstuhl Nicht umsetzbar aus Rollstuhl liegend andere

Medizin.-fachliche Betreuung notwendig:
 ja, folgende: R.A. ja, folgende: R.A.
 nein ja, folgende: R.A.



49.86.110
 Dr. Regina Will
 Burgundenstr. 3
 67059 Ludwigshafen
 Tel. 0621 / 5723377
 Fax: 0621 / 6834871

Krankenkasse bzw. Kostenträger		51
IKK Südwest		
Name, Vorname des Versicherten		
Hart		geb. am
Andreas		06.02.75
F.-J.-Ehrhart-Str. 1		
D 67059 Ludwigshafen		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
109303301	B427880612	5
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
498611000	368489301	08.03.16

Verordnung von Krankenhausbehandlung

(Nur bei medizinischer Notwendigkeit zulässig)

Belegarztbehandlung Notfall
 Unfall, Unfallfolgen Versorgungsleiden (BVG)

Nächsterreichbare, geeignete Krankenhäuser



Diagnose

Schizophrene Psychose Wahnidee

Schlafstörung

Oberbauchschmerz v.a. Ulcus

ventriculi

49.86.110
 Dr. Regina Will
 Burgundenstr. 3
 67059 Ludwigshafen
 Tel. 0621/ 6723377
 Fax: 0621/ 6834871

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Die Kostenverpflichtungserklärung gegenüber dem Krankenhaus bleibt der Krankenkasse vorbehalten; deshalb bitte diese Verordnung vor Aufsuchen des Krankenhauses der zuständigen Krankenkasse vorlegen.

Geschieht das nicht, so kann die Kostenübernahme durch die Krankenkasse abgelehnt werden; es sei denn, es liegt ein Notfall vor, und ein Leistungsanspruch besteht.

Vom Krankenhaus auszufüllen:

Krankenhausaufnahme erfolgt(e) am (Tag)

Stempel des Krankenhauses und Unterschrift

Muster A.1/E (10/2014)

Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt.
 Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

Muster 2a/E (10.2014)
 KBV-PRF.NR. Y/9/1410/51/243

Arbeitsunfähigkeits- bescheinigung 1

Krankenkasse bzw. Kostenträger		51
IKK Südwest		
Name, Vorname des Versicherten		
Hart		geb. am
Andreas		06.02.75
F.-J.-Ehrhart-Str. 1		
D 67059 Ludwigshafen		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	
109303301	B427880612	
Arzt-Nr.	Datum	
368489301	08.03.16	

- Erstbescheinigung
 Folgebescheinigung

- Arbeitsunfall, Arbeitsunfall-
folgen, Berufskrankheit
 dem Durchgangsarzt
zugewiesen
- arbeitsunfähig seit 08.03.16
- voraussichtlich arbeitsunfähig
bis einschließlich oder letzter
Tag der Arbeitsunfähigkeit 18.03.16
- festgestellt am 08.03.16

49.86.110
Dr. Regina Will
Burgundenstr. 3
67059 Ludwigshafen
Tel. 0621 / 5723377
Fax: 0621 / 6834871

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung zur Vorlage beim Arbeitgeber

Krankenkasse bzw. Kostenträger			51
Name, Vorname des Versicherten			
Hart Andreas			geb. am 06.02.75
F.-J.-Ehrhart-Str. 1 D 67059 Ludwigshafen			
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	
109303301	B427880612	5	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	
498611000	368489301	08.03.16	

Überweisungsschein

<input checked="" type="checkbox"/> Kurativ	<input type="checkbox"/> Präventiv	<input type="checkbox"/> Behandl. gemäß § 116b SGB V	<input type="checkbox"/> bei belegärztl. Behandlung
<input type="checkbox"/> Unfall Unfallfolgen	Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2 _____		
Überweisung an <u>Neurologe / Psychiater</u>			AU bis _____
<input type="checkbox"/> Ausführung von Auftragsleistungen	<input type="checkbox"/> Konsiliaruntersuchung	<input checked="" type="checkbox"/> Mit-/Weiterbehandlung	
<input type="checkbox"/> eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V			

06BF

Quartal
1 | 16
Geschlecht
W | M
 |

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Erregungszustand, Panikattacke, Schlafstörung



Befund/Medikation

erbitte Medikation z.B. Benzodiazepin ?

Auftrag

erbitte Mitbehandlung und Befundbericht

49.86.110
Dr. Regina Will
Burgundenstr. 3
67059 Ludwigshafen
Tel. 0621/65723377
Fax: 0621/6834371

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes