

Bitte achten Sie auf einen korrekt ausgefüllten Überweisungsschein.

Dieser muss zwingend enthalten:

1. Überweisung an: "Diabetologie"
2. Kreuz bei "Mit-/Weiterbehandlung"
3. aktuelles Quartal (noch nicht genutzte Überweisungen aus dem Vorquartal sind ebenfalls gültig)
4. aktuelles Datum
5. Diagnose: Diabetes mellitus Typ 1 oder Typ 2 oder Gestationsdiabetes
6. Auftrag: „Mitbehandlung im Sinne des DMP Diabetes“, falls beim Hausarzt im DMP eingeschrieben! Wichtig!
7. Unterschrift des überweisenden Arztes

Krankenkasse bzw. Kostenträger			<b>Überweisungsschein</b>				
Name, Vorname des Versicherten		geb. am	<input checked="" type="checkbox"/> Kurativ	<input type="checkbox"/> Präventiv	<input type="checkbox"/> Behandl. gemäß § 116b SGB V	<input type="checkbox"/> bei belegärztl. Behandlung	06 Quartal
			<input type="checkbox"/> Unfall Unfallfolgen	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	2 Geschlecht
Kostenträgerkennung			Überweisung an <b>Diabetologie</b>			5	
Versicherten-Nr.		Status	<input type="checkbox"/> Ausführung von Auftragsleistungen	<input type="checkbox"/> Konsiliaruntersuchung	<input checked="" type="checkbox"/> Mit-/Weiterbehandlung	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	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<input type="checkbox"/> eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V			10	
12 Diagnose/Verdachtsdiagnose							
12 Diabetes mellitus Typ 1 oder 2							
12							
Befund/Medikation							
12 letzter HbA1c XY %							
12							
Auftrag							
12 Mitbehandlung im Sinne des DMP Diabetes							
12							
12							
12							
12							
						Unterschrift	
Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes							

Muster 6 (10.2019)