

## MUSTER 6 – ÜBERWEISUNGSSCHEIN

### HINWEISTEXTE FÜR DIE ERSTELLUNG EINER ELEKTRONISCHEN AUSFÜLLHILFE

Krankenkasse bzw. Kostenträger			<b>Überweisungsschein</b>				06	
Name, Vorname des Versicherten							1 <input type="checkbox"/> Kurativ	1 <input type="checkbox"/> Präventiv
geb. am			3 <input type="checkbox"/> Unfall Unfallfolgen	4 Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2			5 <input type="checkbox"/> Geschlecht	
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Überweisung an					
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	7 <input type="checkbox"/> Ausführung von Auftragsleistungen	8 <input type="checkbox"/> Konsiliaruntersuchung	9 <input type="checkbox"/> Mit-/Weiterbehandlung	AU bis		10 <input type="checkbox"/>
			11 <input type="checkbox"/> eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V					
Diagnose/Verdachtsdiagnose								
12								
12								
Befund/Medikation								
12								
12								
Auftrag								
12								
12								
12								
12								
			Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes					
			Muster 6 (10.2019)					

#### ERLÄUTERUNGEN ZU DEN EINZELNEN FELDERN

#### 1. KURATIV, PRÄVENTIV, BEHANDLUNG GEM. § 116B SGB V, BEI BELEGÄRZTL. BEHANDLUNG

Bitte geben Sie an, ob die Überweisung zur kurativen Versorgung, zur Prävention, zur Hinzuziehung eines Arztes bei belegärztlicher Behandlung oder als Zuweisung zu einer Behandlung gemäß § 116b SGB V erfolgt.

#### 2. QUARTAL

Bitte tragen Sie das Quartal der Ausstellung der Überweisung in der Form „QJJ“ ein. Überweisungen sind grundsätzlich quartalsübergreifend gültig. Auch wenn die Behandlung erst im Folgequartal aufgenommen wird oder sich über mehrere Quartale erstreckt, ist keine erneute Überweisung erforderlich.

#### 3. UNFALL, UNFALLFOLGEN

Wenn die Behandlung als Folge eines Unfalls erforderlich wird, kann die Krankenkasse ggf. Schadensersatzansprüche geltend machen.

Bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen verwenden Sie das Muster 6 bitte nicht. Die Abrechnung der Behandlung ist in diesen Fällen mit dem zuständigen Unfallversicherungsträger vorzunehmen. Hierfür ist die „Ärztliche Unfallmeldung“ (Formtext F 1050) nach dem Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger zu verwenden. Unter Schülerunfällen sind auch Unfälle von Kindern in Kindergärten und von Studierenden während des Studiums zu verstehen.

#### **4. DATUM DER OP BEI LEISTUNGEN NACH ABSCHNITT 31.2**

Wurden ambulante Operationen nach dem Abschnitt 31.2 EBM erbracht, geben Sie bitte das Datum der Operation in der Form „TTMMJJ“ an.

#### **5. GESCHLECHT**

Das Geschlecht des Patienten wird durch einen Buchstaben angegeben (D = divers, M = männlich, W = weiblich, X = unbestimmt). Die Bedruckung erfolgt durch das Auslesen der Information von der elektronischen Gesundheitskarte.

#### **6. ÜBERWEISUNG AN**

Bitte geben Sie hier die Gebiets-, Teilgebiets- oder Zusatzbezeichnung des Arztes an, an den überwiesen wird. Eine namentliche Überweisung soll nur zur Durchführung bestimmter Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden an hierfür ermächtigte Ärzte erfolgen.

#### **7. AUSFÜHRUNG VON AUFTRAGSLEISTUNGEN**

Die Überweisung zur Ausführung von Auftragsleistungen erfordert

1. die Definition der Leistungen nach Art und Umfang (Definitionsauftrag) oder
2. eine Indikationsangabe mit Empfehlung der Methode (Indikationsauftrag).

#### **8. KONSILIARUNTERSUCHUNG**

Mit der Überweisung zur Konsiliaruntersuchung werden diagnostische Leistungen veranlasst, über deren Art und Umfang der ausführende Arzt entscheidet. Der Grund für die Untersuchung ist einzutragen. Der ausführende Arzt ist in der Wahl seiner diagnostischen Schritte frei. Therapeutische Maßnahmen sind nicht berechnungsfähig.

#### **9. MIT-/ WEITERBEHANDLUNG**

Bei einer Überweisung zur Weiterbehandlung wird die gesamte diagnostische und therapeutische Tätigkeit dem weiterbehandelnden Arzt übertragen. Auch bei Überweisungen zur Durchführung ambulanter Operationen ist das Feld „Mit-/Weiterbehandlung“ anzukreuzen.

#### **10. AU BIS**

Falls Sie eine Arbeitsunfähigkeit bescheinigt haben, informieren Sie bitte den auf Überweisung tätig werdenden Arzt über das Datum des voraussichtlichen Endes der Arbeitsunfähigkeit in der Form „TTMMJJ“. Diese Angabe ist nur dann erforderlich, wenn die Behandlungsführung auf den weiterbehandelnden Arzt übergehen soll.

#### **11. EINGESCHRÄNKTER LEISTUNGSANSPRUCH GEMÄß § 16 ABS. 3A SGB V**

Wenn Ihnen bekannt ist, dass der Patient wegen Rückständen bei den Mitgliedsbeiträgen nur einen eingeschränkten Leistungsanspruch hat, teilen Sie dies dem auf Überweisung tätig werdenden Arzt bitte hier mit.

#### **12. DIAGNOSE/VERDACHTSDIAGNOSE - BEFUND/MEDIKATION - AUFTRAG**

Unter „Diagnose/Verdachtsdiagnose“, „Befund/Medikation“ bzw. „Auftrag“ geben Sie bitte Informationen an, die der auf Überweisung tätig werdende Arzt für die Behandlung und zur Vermeidung von Mehrfachuntersuchungen benötigt. Hierzu zählen auch bisher erhobene Befunde und Behandlungsmaßnahmen.

#### **MEHR INFORMATIONEN**

Erläuterungen zur Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung (PDF, 550 KB):  
[www.kbv.de/media/sp/02\\_Erlaeuterungen.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/02_Erlaeuterungen.pdf)