

Formular per Fax an 0711 278-33269 senden

Persönliche Informationen

Vorname _____

Nachname _____

Geburtsdatum _____

Telefonnummer _____

Emailadresse _____

Daten aus der Überweisung

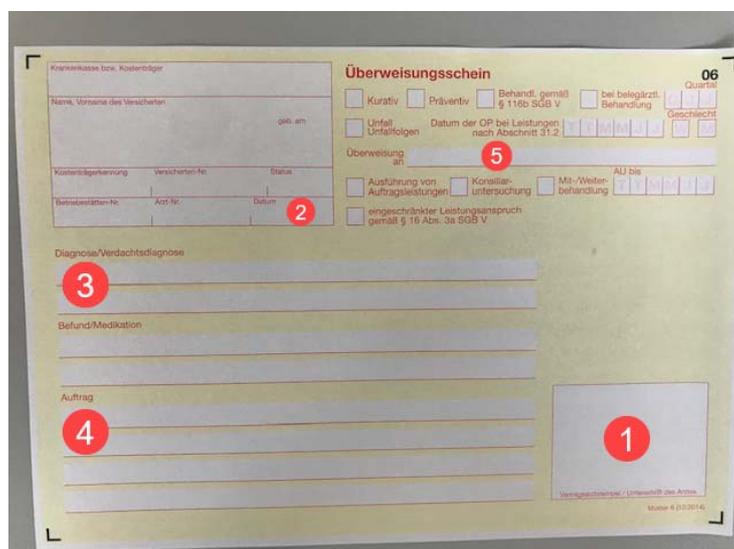
Arztname (1) _____

Datum (2) _____

Diagnose (3) _____

Auftrag (4) _____

Überw. an (5) _____



The photograph shows the actual 'Überweisungsschein' form. It includes a header with 'Krankenkasse bzw. Kostenträger' and 'Überweisungsschein' with a '06' stamp. The form has several sections: 'Name, Vorname des Versicherten', 'Kostenträger', 'Versicherter', 'Diagnose/Verdachtsdiagnose', 'Befund/Medikation', 'Auftrag', and 'Überweisung an'. Red circles 1-5 highlight specific fields: 1 is a box for 'Vertragsschlüssel / Unternehmens-Bezeichnung', 2 is the 'Datum' field, 3 is the 'Diagnose/Verdachtsdiagnose' field, 4 is the 'Auftrag' field, and 5 is the 'Überweisung an' field.

Mit der Übermittlung dieses Formulars erklären Sie sich damit einverstanden, dass Ihre Daten zur Bearbeitung Ihres Anliegens verwendet werden. Die Daten werden nach abgeschlossener Bearbeitung der Anfrage gelöscht.