

## Verordnung von Krankenhausbehandlung **2**

(Nur bei medizinischer Notwendigkeit zulässig)

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Belegarzt-  
behandlung

Notfall

Unfall,  
Unfallfolgen

Versorgungs-  
leiden (BVG)

Nächsterreichbare, geeignete Krankenhäuser

Diagnose

MUSTER

---

---

---

---

---

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 \_\_\_\_\_

Stempel des Krankenhauses und Unterschrift

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Diagnose

---

---

---

---

---

## Verordnung von Krankenhausbehandlung **2**

(Nur bei medizinischer Notwendigkeit zulässig)

Belegarzt-  
behandlung

Notfall

Unfall,  
Unfallfolgen

Versorgungs-  
leiden (BVG)

Nächstreichbare, geeignete Krankenhäuser

---

---

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

**Bitte dem Patienten gesondert mitgeben!**

Untersuchungsergebnisse

---

---

---

Bisherige Maßnahmen (z. B. Medikation)

---

---

Fragestellung/Hinweise (z. B. Allergie)

---

---

Mitgegebene Befunde

---

**Ausfertigung für den Krankenhausarzt! Vertraulich!**

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

Diagnose

---



---



---



---

## Verordnung von Krankenhausbehandlung **2**

(Nur bei medizinischer Notwendigkeit zulässig)

<input type="checkbox"/> Belegarzt- behandlung	<input type="checkbox"/> Notfall
<input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolgen	<input type="checkbox"/> Versorgungs- leiden (BVG)

Nächst erreichbare, geeignete Krankenhäuser

---



---

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

**Für den Krankenhausarzt! Vertraulich!**

Untersuchungsergebnisse

---



---



---

Bisherige Maßnahmen (z. B. Medikation)

---



---

Fragestellung/Hinweise (z. B. Allergie)

---

Mitgegebene Befunde

---



---

**Ausfertigung für den überweisenden Arzt**