Krankenkasse bzw. Kostenträger: Barmenia, Berlin

Name, Vorname des Versicherten: Truelsen, Marianne 3224 geb. am
Flottbeker Steg 21
22607 HH, Tel. 823747

Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum: Mi 03.07.13

Notfall-/Vertretungsschein

19

☐ ärztlicher Notfalldienst ☐ Urlaubs- bzw. Krankheitsvertretung ☐ Notfall Quartal ☐ ☐☐

☐ Unfall Unfallfolgen Geschlecht W M

Diagnosen / ggf. Abrechnungsbegründungen

[illegible]

Arbeitsunfähigkeit bescheinigt bis [illegible]

Befunde/Therapie

[illegible]

Teil [illegible] weiterbehandelnden Arzt: [illegible]

Tag	Mon.		Tag	Mon.	
03	07	Neurolog.	[illegible]		[illegible]
2013		03 05	[illegible]		[illegible]
		Proc.	[illegible]		[illegible]
			[illegible]		[illegible]
			[illegible]		[illegible]

Ich bin bei der oben genannten Krankenkasse versichert.

Datum | Unterschrift des Versicherten

Mitteilung für den weiterbehandelnden Arzt

0171 – 2011798
Dr. med. Harald Schuett
Arzt
Nordlandweg 146
22145 Hamburg
Sprechstunde n.V.

Vertragsarztstempel

Muster 19b (7.2008)

Paul Albrechts Verlag, 22952 Lütjensee