

# DAK GESUNDHEIT

Name, Vorname des Versicherten

**Argast**  
**Karlheinz**  
 Kartäuserstr. 115  
 D 79104 Freiburg

01.04.32

Kostenkategorie

Versicherten-Nr.

Status

107367996 G957358758

5

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

571628300 831295821 27.02.18

☒ Kurativ ☐ Präventiv ☐ Behandl. gemäß § 116b SGB V ☐ Behandlung ☐ Geschl.

☐ Unfall Unfallfolgen ☐ Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2

**Chirurg**

Überweisung an \_\_\_\_\_

☐ Ausführung von Auftragsleistungen ☐ Konsiliaruntersuchung ☒ Mit-/Weiterbehandlung ☐ AU bis \_\_\_\_\_

☐ eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

Diagnose/Verdachtsdiagnose  
 CA Ohrmuschel re

Befund/Medikation

Auftrag

**Exzision**

Dr. med. J.E. Berthold  
 Dr. med. A. Stühmer-Berthold  
 Hautärzte  
 Eisenbahnstr. 66  
 79098 Freiburg  
 Tel. 0761/36381 Fax 0761/36382  
 571628300

Vertragsarztstempel / Unterschrift

Muster

geb. am

|                     |  |
|---------------------|--|
| Kostenträgerkennung |  |
|---------------------|--|

Versicherten-Nr.

**Status**

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

          
Datum

☐ ambulante  
Behandlung☐ bei belegärztlicher  
Behandlung

Unfall,  
Unfallfolgen

☐ Abklärung somatischer Ursachen vor Aufnahme einer Psychotherapie

☐ anerkannte Psychotherapie

Quartal  

Geschlecht ☐ ☐

[illegible]

Bei Psychotherapie: Datum des Anerkennungsbescheides

Tag Mon.

Tag Mon.

Mutmaßlicher Tag der Entbindung

Stationäre belegärztliche Behandlung

von 

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

 Tag Monat bis 

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

 Tag Monat

Ich bin bei der oben genannten Krankenkasse versichert.

Datum

Unterschrift

Stempel des Vertragsarztes/Therapeuten