

Krankenkasse bzw. Kostenträger: **BEK**

Name, Vorname des Versicherten: **Stefan Schumacher**

geb. am: **07.07.1981**

Kostenträger: **109991005** Versicherten-Nr.: **U8859768M** Status: **1**

Betreiber-Nr.: **1205.508** Arzt-Nr.: **1205.508** Datum: **12.09.2017**

# Notfall-/Vertretungsschein

☒ ärztlicher Notfalldienst ☐ Urlaubs- bzw. Krankheitsvertretung ☒ Notfall

☐ Unfall ☐ Unfallfolgen

Quarta: ☒ ☐ ☐ ☐

Geschlecht: ☒ ☐

19

## Diagnosen / ggf. Abrechnungsbegründungen

**Feld 1** **Wund (LWS)**

**Feld 2** **1.1**

vor 2 J. **Sturz n. Toilette** ges. **Arbeitsunfähigkeit** bescheinigt bis **12.09.2017**

Befunde/Thema: **re. Durchläge - Schmerzen re parav. LWS**

B: **2. LWS LWS, DS reparatur, Riegel, & Radik. St.**

Themen: **Nervalgia habe gehoben** ggf. **1. bu**

Teil b erhält weiterbehandelnder Arzt: **Dr. Thum**

**600 Zuschläge, max 2 J.**

Tag	Mon.	Tag	Mon.
1	1	1	1
2	1	2	1
3	1	3	1
4	1	4	1
5	1	5	1
6	1	6	1
7	1	7	1
8	1	8	1
9	1	9	1
10	1	10	1
11	1	11	1
12	1	12	1
13	1	13	1
14	1	14	1
15	1	15	1
16	1	16	1
17	1	17	1
18	1	18	1
19	1	19	1
20	1	20	1
21	1	21	1
22	1	22	1
23	1	23	1
24	1	24	1
25	1	25	1
26	1	26	1
27	1	27	1
28	1	28	1
29	1	29	1
30	1	30	1
31	1	31	1

Ich bin bei der oben genannten Krankenkasse versichert.

Datum: **12.09.2017** Unterschrift des Versicherten: **Stefan Schumacher**

Mitteilung für den weiterbehandelnden Arzt

**57 99 01000**

Notfallpraxis Freiburg

Hugstetterstr. 55 - 79108 Freiburg

Tel. 118.117

Vertragarztsymbol

Muster 19b (10.2014)