

# Verordnung von Krankenhausbehandlung 2

(Nur bei medizinischer Notwendigkeit zulässig)

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten  
  
geb. am

|                     |                  |        |
|---------------------|------------------|--------|
| Kassen-Nr.          | Versicherten-Nr. | Status |
| Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr.         | Datum  |

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

Nächsterreichbare, geeignete Krankenhäuser

---

---

Diagnose

---

---

---

---

---

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

---

---

---

---

---

**Bitte die Rückseite beachten!**

Muster 2a (7.2008)

**Bitte dem Patienten gesondert mitgeben!**

Untersuchungsergebnisse \_\_\_\_\_

---

---

---

Bisherige Maßnahmen (z. B. Medikation) \_\_\_\_\_

---

---

Fragestellung/Hinweise (z. B. Allergie) \_\_\_\_\_

---

Mitgegebene Befunde \_\_\_\_\_

---

---

**Ausfertigung für den Krankenhausarzt! Vertraulich!**

Muster 2b (7.2008)