

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

 Privat

Quartal \_\_\_\_\_

 Überweisung  
an \_\_\_\_\_

 Auftragsleistung

Auftrag \_\_\_\_\_

 Erbrachte Leistung  
und Umfang \_\_\_\_\_

Honorar \_\_\_\_\_

Netzabgabe \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Effizienzbeurteilung mit Rückmeldung an das Netzbüro

---



---



---

Leistungserbringer




Überweisender




gut

mittel

keine



Stempel und Unterschrift überw. Arzt

Stempel und Unterschrift Leistungserbringer

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

 Privat

Quartal \_\_\_\_\_

 Überweisung  
an \_\_\_\_\_

 Auftragsleistung

Auftrag \_\_\_\_\_

 Erbrachte Leistung  
und Umfang \_\_\_\_\_

Honorar \_\_\_\_\_

Netzabgabe \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Effizienzbeurteilung mit Rückmeldung an das Netzbüro

---



---



---

Leistungserbringer




Überweisender




gut

mittel

keine



Stempel und Unterschrift überw. Arzt

Stempel und Unterschrift Leistungserbringer