



Klinik für Epileptologie
Universität Bonn

Ambulanz
Sigmund-Freud-Straße 25
53105 Bonn
Fax: (0228)-287-14486
epi.ambulanz@ukb.uni-bonn.de

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

wir bestätigen hiermit den vorab mit Ihnen vereinbarten ambulanten

Untersuchungstermin am _____ um _____ Uhr.

Zur Untersuchung benötigen wir von Ihnen

- eine am Untersuchungstag gültige Überweisung eines Kassenarztes
- Ihre Versichertenkarte

Bitte bringen Sie – soweit vorhanden - Unterlagen früherer Untersuchungen (z. B. Berichte, Arztbriefe, MRT-Aufnahmen vom Kopf etc.) zur Untersuchung mit. **Bitte schriftliche Unterlagen in Kopie mitbringen**, da sie in der Patientenakte verbleiben.

Ausstellungsdatum vor bzw. am Untersuchungstag im Untersuchungsquartal

Quartal des vereinbarten Untersuchungstermins

MUSTER

Überweisungs-/Abrechnungsschein 06-1

Kurativ Präventiv Sonst. Hilfen bei belegärztl. Behandlung Quartal

Unfall Unfallfolgen AU bis Lfd. Nr.

Überweisung an **Epileptologie**

Ausführung von Auftragsleistungen Konsiliaruntersuchung Mit-Weiterbehandlung

Auftrag (bitte auch wichtige Befunde/Medikation, Diagnose/Verdacht)

Diagnosen (ggf. Abrechnungsbegründungen)

Tag Mon. Tag

Vertragsarztstempel/Unterschrift überw. Arzt

Vertragsarztstempel des abrechnenden Arztes

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen

Muster 6 (4.2000)