

# Infoblatt Überweisungserfordernis nach §116b SGB V im Rahmen der ASV

Bei Ihnen liegt eine bereits **gesicherte** Onkologische Diagnose vor, so benötigen wir eine Überweisung (**Muster 6**) nach **§116b SGB V** (Ambulante Fachärztliche Versorgung) diese Überweisung muss folgende im Bild abgebildeten Kriterien erfüllen.

Bitte beachten Sie, dass eine Überweisung einmal im Quartal erforderlich ist.

Krankenkasse bzw. Kostenträger Name, Vorname des Versicherten geb. am Kostenträgerkennung    Versicherten-Nr.    Status Betriebsstätten-Nr.    Arzt-Nr.    Datum	<h3 style="text-align: center;">Überweisungsschein</h3> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> <input type="checkbox"/> Kurativ    <input type="checkbox"/> Präventiv    <input checked="" type="checkbox"/> Behandl. gemäß § 116b SGB V    <input type="checkbox"/> bei belegärztl. Behandlung                             </div> <div style="width: 35%; text-align: right;"> <b>06</b>                      Quartal                      Geschlecht: <b>Q J J</b> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> Unfall Unfallsfolgen    Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2                             <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">                                 T T M M J J W M                             </div> </div> <p>Überweisung an: <b>Gynäkologische Onkologie</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> Ausführung von Auftragsleistungen    <input type="checkbox"/> Konsiliaruntersuchung    <input checked="" type="checkbox"/> Mit-/Weiterbehandlung                             <div style="width: 35%; text-align: right;">                                 AU bis: <b>T T M M J J</b> </div> </div> <input type="checkbox"/> eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V
--	---

**Diagnose/Verdachtsdiagnose**

**gesicherte Onkologische Diagnose in ICD Codierung**

---

**Befund/Medikation**

---



---

**Auftrag**

---



---



---



---

**Verbindliches Muster**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 6 (10.2014)

Nr. 53368 • www.gesundensysteme.de • Ökon-Preis Consulting GmbH • Alexanderstr. 27 • 38111 Lüneburg