

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

**Befundbericht
an den behandelnden Hausarzt / Facharzt**



Praxisstempel / Kontaktdaten Facharzt

Datum

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

hiermit berichte ich über oben genannten Patienten, der sich im Rahmen des § 140a SGB V Orthopädievertrages am ____
_____ bei mir in Behandlung befand.

Diagnosen / ICD	
Biopsychosoziale Anamnese	
Beschwerden:	
Begleiterkrankungen:	
Berufliche Situation:	
Aktueller Befund	
Technische Befunde	
Röntgen:	
Labor:	
Therapie	
Information und Beratung:	
Nicht medikamentöse Therapie:	
Medikamente:	
Zielsetzung / Verlaufskontrolle	

Mit freundlichen kollegialen Grüßen