

Formulare - Muster 06 - Überweisung eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß §16 Abs. 3a SGB V

Wenn Ihnen bekannt ist, dass der Patient wegen Rückständen bei den Mitgliedsbeiträgen nur einen eingeschränkten Leistungsanspruch hat, teilen Sie dies dem auf Überweisung tätig werdenden Arzt bitte hier mit.