

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

Überweisungsschein

<input type="checkbox"/> Kurativ	<input type="checkbox"/> Präventiv	<input type="checkbox"/> Behandl. gemäß § 116b SGB V	<input type="checkbox"/> bei belegärztl. Behandlung	Quartal
<input type="checkbox"/> Unfall Unfallfolgen	Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2		Geschlecht	
Überweisung an			AU bis	
<input type="checkbox"/> Ausführung von Auftragsleistungen	<input type="checkbox"/> Konsiliar- untersuchung	<input type="checkbox"/> Mit-/Weiter- behandlung		
<input type="checkbox"/> eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß §16 Abs. 3a SGB V				

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Anlage zur PSB-Überweisung

Zutreffendes bitte ankreuzen x

Diagnose nach ICD 10	x	Abhängigkeit	x	Schädlicher Gebrauch
Alkohol		(F10.21)		
Opiode		(F11.21)		
Haschisch		(F12.21)		
Sedative / Hypnotika		(F13.21)		
Kokain		(F14.21)		
Stimulantien		(F15.21)		
Halluzinogene		(F16.21)		
Tabak		(F17.21)		
Flüchtige Lösungsmittel		(F18.21)		
Suchtfolgestörungen	x	Textfeld		
Hepatitis C				
HIV				
Abszess				
Psychische Komorbidität	x	Textfeld	Aktuelle Substitut-Dosierung	
Postrauematische Belastungsstörung				
Psychose				
Depression				
Angststörung				
Verabredete Ziele	x	Textfeld	Kinder im Haushalt	
Stabilisierung				
Ambulante Abdosierung				
Stationäre Teilentgiftung				
Stationäre Vollentgiftung				
Einleitung weiterer medizinischer Maßnahmen				