

| | | | |
|---|--|--|-----------------|
| <div>Krankenkasse bzw. Kostenträger</div> <div>Name, Vorname des Versicherten<div>geb. am</div></div> <div><div>Kostenträgerkennung</div><div>Versicherten-Nr.</div><div>Status</div></div> <div><div>Betriebsstätten-Nr.</div><div>Arzt-Nr.</div><div>Datum</div></div> | | <div><div>Notfall-/Vertretungsschein</div><div><div><input type="checkbox"/> ärztlicher Notfalldienst</div><div><input type="checkbox"/> Urlaubs- bzw. Krankheitsvertretung</div><div><input type="checkbox"/> Notfall</div><div>Quartal <div><div></div><div></div><div></div></div> / <div><div></div><div></div><div></div></div></div><div><div><input type="checkbox"/> Unfall Unfallfolgen</div><div>Geschlecht <div><div>W</div><div>M</div></div></div></div><div>Diagnosen / ggf. Abrechnungsbegründungen</div><div><div></div><div></div><div></div></div><div>Arbeitsunfähigkeit bescheinigt bis <div></div></div><div>Teil b erhält weiterbehandelnder Arzt:</div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div>Vertragsarztstempel</div><div>Muster 19b/E (10.2014) KBV-PRF-NR.</div></div></div></div> | <div>19BF</div> |
| <div>Befunde/Therapie</div> <div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div>Tag</div><div>Monat</div><div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div></div> <div><div>Ich bin bei der oben genannten Krankenkasse versichert.</div><div><div>Datum</div><div>Unterschrift des Versicherten</div></div></div> <div><div>Mitteilung für den weiterbehandelnden Arzt</div><div><div></div></div></div> | | | |

Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt. Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.