

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebstätten-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 §73c Orthopädievertrages am \_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ bei mir in Behandlung befand.

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

Mit freundlichen kollegialen Grüßen