

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
geb. am						
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.		Status		
Vertragsarzt- Nr.		VK gültig bis		Datum		

Zur Weiterbehandlung durch:

**Ärztlicher Kurzbericht**  
- Hausarzt - Krankenhaus/Reha-Einrichtung - Hausarzt -

Name der Einrichtung: \_\_\_\_\_  
 Behandelnder Arzt: \_\_\_\_\_  
 Station: \_\_\_\_\_  
 Krankenhausaufenthalt vom: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_  
 Aufnahmegrund: \_\_\_\_\_

**Diagnosen mit ICD-10:**

**Medikation Aufnahme**

**Medikation Entlassung** nach Abgleich mit Aufnahmemedikation

Medikament	Morgens	Mittags	Abends	Nachts	Änderung Ja / Nein	Medikamenten Veränderungen erfolgt	Morgens Aufnahme	Mittags	Abends	Nachts

**Befunde**

- EKG     
  Röntgen     
  Labor     
  Sono     
  Echo     
  Doppler     
  CT     
  NMR     
  Endoskopie     
  OP

**Empfehlung zur Weiterbehandlung:**

\_\_\_\_\_  
 Datum                      Stempel / Name / Unterschrift der Ärztin / des Arztes