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

Krankenhaus:

Station:

Tel:

Entlassungs-Begleitschreiben

1. Entlassungsdiagnose (ICD-10)

2. Diagnostik und Therapie

3. Besondere Befunde (Rö, Labor etc.)

4. Entlassungsmedikation

5. Weitere erforderliche Maßnahmen (Reha, Verordnungen, Pflege etc.)

Ort, Datum

Unterschrift