

VdAK		AEV			Anlage 1
Name, Vorname des Versicherten					<p>Zur Vorlage beim MLZ Dessau</p> <p>für die Durchführung einer interventionellen Versorgung mit postoperativer Nachsorge im Überwachten Bett</p>
geb. am					
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status			
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis:	Datum:			
Diagnose:					
Therapievorschlag:					
Anlagen:	<input type="checkbox"/> Ruhe-EKG <input type="checkbox"/> Dokumentation und/oder ausführlicher Befundbericht				
	Laboruntersuchungen: <input type="checkbox"/> Erythrozyten <input type="checkbox"/> Kalium <input type="checkbox"/> Leukozyten <input type="checkbox"/> Glukose <input type="checkbox"/> Thrombozyten <input type="checkbox"/> Kreatinin <input type="checkbox"/> Hämoglobin <input type="checkbox"/> Gamma-GT <input type="checkbox"/> Hämatokrit				
Arztstempel				Unterschrift	