

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

Überweisungsschein

06

Quartal

Kurativ
 Präventiv
 Behandl. gemäß § 116b SGB V
 bei belegärztl. Behandlung

Q
 J
 J

Geschlecht

Unfall Unfallfolgen
 Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2

T
 T
 M
 M
 J
 J
 W
 M

Überweisung an _____

Ausführung von Auftragsleistungen
 Konsiliaruntersuchung
 Mit-/Weiterbehandlung

AU bis

T
 T
 M
 M
 J
 J

eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 6 (10.2014)

Berufsausübungsgemeinschaft

Dr. med. A. Christians • Dr. med. (F) J. Bédrossian-Pfingsten • Dr. med. T. Gumprich

Zertifiziert nach DIN EN ISO

Antrag auf histologische bzw. zytologische Begutachtung

amb. OP 88115
 Vorsorgekoloskopie
 Hautkrebs-Screening
 Privat
 POST B
 KVB
 Standardtarif

Art und Entnahmestelle des eingesandten Materials

gewünschtes Versandmaterial

frankierte Versandbeutel
 unfrankierte Versandbeutel
 kleine Gefäße mit Formalin
 Untersuchungsaufträge
 Patientengefäßaufkleber
 OT-Hüllen
 OT's
 Gefäße mit Alkohol für Punktate

Klinische Diagnose, Befund, Fragestellung

Pathologische Vorbegutachtung Nummer

_____ / _____

Befundkopie an

Befund vorab per E-Mail

per Fax