

Überweisungsschein

06

Quartal

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

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

Unfall Unfallfolgen Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2

Überweisung an

Ausführung von Auftragsleistungen Konsiliaruntersuchung Mit-/Weiterbehandlung

eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

Geschlecht

AU bis

Q J J

W M

T T M M J J

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag



Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 6 (4.2011)

Institut für Pathologie Kaufbeuren

Überörtliche BAG für Histologie/Zytologie Kaufbeuren – Ravensburg
 Hauptbetriebsstätte Kaufbeuren
 Dr. med. Marlene Lessel
 PD Dr. med. Andreas Gaumann
 PD Dr. med. Stephan Schwarz-Furlan

Dr. med. Cyril Bank
 Dr. med. Joachim Alfer

Dr.-Gutermann-Str. 6
 87600 Kaufbeuren
 Tel: 08341/960940 Fax: 08341/9609426
www.pathologie-kaufbeuren.de
info@pathologie-kaufbeuren.de

Antrag auf histologische und zytologische Begutachtung

Ambulant Stationär Wahlleistung/Privat (mit Einverständnis des Patienten) BG

Untersuchungsgut/Lokalisation

Klinische Fragestellung

Klinische Angaben

Befundkopie an:

Bitte freilassen für interne Angaben

Biopsien/Stanzen	Anzahl
1.	x
2.	x
3.	x
4.	x
5.	x
6.	x
7.	x
8.	x
9.	x
10.	x
11.	x
12.	x

Schnellschnittuntersuchung
 Tel. erreichbar unter:

Auspacken: Wegpacken: Zuschnitt: Färbung: Sortierung: