

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

Überweisungsschein

06

Quartal

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

Q J J

Unfall Unfallsfolgen
 Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2

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 (4.2011)

PATHO PRAXIS Priv.-Doz. Dr. med. univ. Katharina **SCHMID** **PATHOLOGIN** in Straubing

Botendienst-Hotline:
Telefon 09421 785411

<input type="checkbox"/> Probeexzision	<input type="checkbox"/> Teilexzision	<input type="checkbox"/> vollständige Exzision / Exstirpation	Entnahmedatum/-zeit
<input type="checkbox"/> Punktat / Ausstrich	<input type="checkbox"/> Curettage	<input type="checkbox"/> Konisation	

Lokalisation und klinische Angabe	ggf. Skizze

Versandmaterial

Anforderungsscheine
 Versandtüten
 Etiketten für Gefäße
 PE-Gefäße
 kleine OP-Gefäße
 große OP-Gefäße

RIECO Orgaform, Altenburg GmbH (03447) 8519-0 1.1 05/11