

Überweisungsschein

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

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

Unfall Unfallfolgen
 Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2

Quartal

Q	J	J
---	---	---

 Geschlecht

W	M
---	---

Überweisung an

Ausführungen von Auftragsleistungen
 Konsiliaruntersuchung
 Mit-/Weiterbehandlung

eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3 a SGB V

AU bis

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Diagnose/Verdachtsdiagnose Lokalisation/Art des Untersuchungsmaterials

----------	----------

Befund/Medikation

Auftrag

Histologische Untersuchung

Histologische Voruntersuchungen?

PATHOLOGIE
 AN DER DRESDNER HEIDE
 Sommerweg 15 B
 01454 Radeberg (Gro)
 Telefon (0 35 28) 4 87 06 50
 Telefax (0 35 28) 4 87 06 59
 BSNR 954785100

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

