

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

Überweisungsschein

06
Quartal

<input type="checkbox"/> Kurativ	<input type="checkbox"/> Präventiv	<input type="checkbox"/> Behandl. gemäß § 116b SGB V	<input type="checkbox"/> bei belegärztl. Behandlung	Q J J
<input type="checkbox"/> Unfall Unfallfolgen	Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2		T T M M J J	W M
Überweisung an				
<input type="checkbox"/> Ausführung von Auftragsleistungen	<input type="checkbox"/> Konsiliaruntersuchung	<input type="checkbox"/> Mit-/Weiterbehandlung	AU bis T T M M J J	
<input type="checkbox"/> eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V				

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Institut für Pathologie am St. Franziskus-Hospital

Dr. med. F. EITELBACH	<ul style="list-style-type: none"> • Fachärzte für Pathologie • Zytologie • Molekularpathologie Gemeinschaftspraxis
Dr. med. H. GRIEFINGHOLT	
Dr. med. J. NEUMANN	
PD Dr. med. T. SPIEKER	
Dr. med F. WÖTZEL (angest.)	

Begutachtungsauftrag



Deutsche
Akkreditierungsstelle
D-IS-18431-01-00

Bitte für Barcode freilassen

↓ Bitte Block unten freilassen ↓

Rev. 3 02/2017

Stationär: <input type="checkbox"/> Regelleistung <input type="checkbox"/> ärztliche Wahlleistung Ambulant: <input type="checkbox"/> Kasse <input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> Schnellschnitt	Anzahl Gefäße	Rest	
Material/Lokalisation:	Fragestellung/Diagnose:	Präparationsangaben		
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
Tel.-Nachricht erbeten an:		Annahme	Bearbeitung	Uhrzeit
FAX-Nachricht erbeten an:				
Nachrichtlich an:		Befunder	Abgabe	Datum
.....				