

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Eintrag nur bei Weiterüberweisung!

Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers Arzt-Nr. des Erstveranlassers

Befund eilt, Übermittlung an Telefon Fax Nr. _____

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen

Überweisungsschein für in-vitro-diagnostische Auftragsleistungen



Kurativ Präventiv bei belegärztl. Behandlung Unfall, Unfallfolgen

Auftragsnummer des Labors

Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

Knappschafts-kennziffer

Quartal

Geschlecht

Kontrolluntersuchung bekannte Infektion

SER

eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

Abnahmedatum Abnahmezeit

SSW

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

Institut für Pathologie am St. Franziskus-Hospital

Dr. med. H. GRIEFINGHOLT • Fachärzte für Pathologie
 Dr. med. J. NEUMANN • Zytologie
 PD Dr. med. T. SPIEKER • Molekularpathologie
 Dr. med. F. WÖTZEL • Gemeinschaftspraxis

Begutachtungsauftrag

Bitte für Barcode freilassen

↓ Bitte Block unten freilassen ↓

Rev. 6 01/2025

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