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

Geschlecht

☐ Unfall Unfallfolgen

Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2

Überweisung an **PATHOLOGIE**

AU bis

☐ Ausführung von Auftragsleistungen ☐ Konsiliar-untersuchung ☐ Mit-/Weiter-behandlung

☐ eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 6 (4.2011)

SCHÜTZDRUCK Tel. (0511) 32 73 44 · www.schuetzdruck.de

Institut für Pathologie und Zytologie Düsseldorf

Dr. med. Roswitha F. Vandieken
Fachärztin für Pathologie

Harkortstraße15
40210 Düsseldorf

Postfach 10 51 51
40042 Düsseldorf

Fon 0211 / 38 80 40
Fax 0211 / 38 80 4-40

pathovand@aol.com
www.patho-düsseldorf.de

Begutachtungsantrag

histologische / zytologische Untersuchung

Material / Entnahmestelle:

Klinische Angaben / Fragestellung:

Frühere histol. Begutachtung (Jahr, E-Nr.):