

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

Geschlecht

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

Befundkopie an

--

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Gemeinschaftspraxis für Pathologie · Berlin
Dr. med. T. Gaul · A. Switala · Dr. med. M. Koch

Antrag auf histologische bzw. zytologische Begutachtung

Datum der Entnahme	Relevante Vorbefunde
T T M M J J	

Art und Lokalisation des übersandten Materials
I
II
III
IV
V
VI

Klinische Diagnose / Fragestellung

Für gynäkologischen Befund	
Letzte Regel	T T M M J J
Hormontherapie	ja nein
Bei Placenta	
Errechneter Geburtstermin	T T M M J J
SSW	Kindsgewicht / g

Gewünschtes Versandmaterial
Versandtüten / Plastiktütchen
kleine / große Gefäße
Untersuchungsanträge
Objektträger / -hüllen
Sonstiges: