

Überweisungsschein

06

Quartal

Kurativ Präventiv Behandl. gemäß § 116b SGB V bei belegärztl. Behandlung Q J J

Unfall Unfallfolgen Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2 T T M M J J W M
Geschlecht

Überweisung an _____

Ausführung von Auftragsleistungen Konsiliaruntersuchung Mit-/Weiterbehandlung AU bis T T M M J J

eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

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

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 6 (4.2011)

Dr. med. Geppert & Kollegen

Untersuchungsauftrag Dermatohistologie/Histologie

Bahnhofstr. 25, 72072 Tübingen
Telefon 07071-3 20 17/18
Telefax 07071-3 89 23



Voruntersuchungen: nein ja H-Nummer/Ergebnis:

Amb. OP § 115 SGB V:

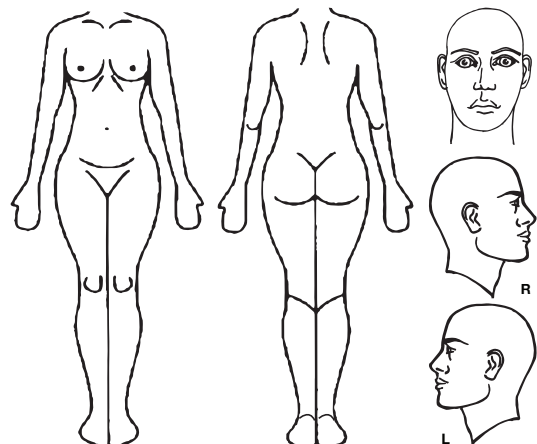
OPS-Ziffer:

Feld für Barcode:

Anamnese/klin. Bild:

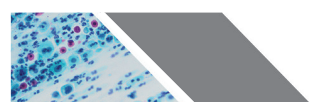
Therapie:

-
- Privat ambulant
- stationär Rechnung Regelleistung
- Stationär Regelleistung



Klinische Diagnose	Total- exzision	Probe- biopsie	Shave/ Curettage	Histograph. Schnitttrand- kontrolle	Uhrzeit/ Markierung
1. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Wird vom Labor ausgefüllt:



- | | | | |
|------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> PAS | <input type="checkbox"/> Gie | <input type="checkbox"/> HP | <input type="checkbox"/> 3-6 PAS, Fe + RR |
| <input type="checkbox"/> Fe | <input type="checkbox"/> HE | <input type="checkbox"/> PAS, Gie | <input type="checkbox"/> 3-6 PAS, RR |
| <input type="checkbox"/> VG | | <input type="checkbox"/> 1-2 PAS | |



- | | |
|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> X 19310 | <input type="checkbox"/> X 4800 |
| <input type="checkbox"/> X 19312 | <input type="checkbox"/> X 4802 |
| <input type="checkbox"/> X 19320 | <input type="checkbox"/> X 4815 |