

Überweisungsschein

06

Quartal

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

Q
 J
 J
 J

Geschlecht

Unfall Unfallsfolgen
 Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2

T
 T
 M
 M
 J
 J
 W
 M

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

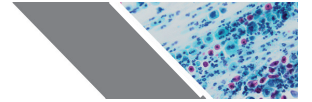
Auftrag

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 6 (4.2011)

Dr. med. Geppert & Kollegen Untersuchungsauftrag Oralpathologie

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:

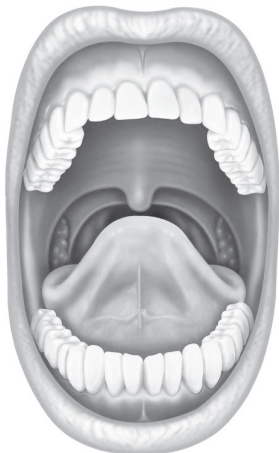
Anamnese/klin. Bild:

Therapie:

Privat ambulant

stationär Rechnung Regelleistung

Stationär Regelleistung



Klinische Diagnose

Total-
exzision

PE/
Shave

Faden-
markierung
(Uhrzeit)

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

Wird vom Labor ausgefüllt:

PAS

Fe

VG

Gie

HE

HP

PAS, Gie

3-6 PAS, Fe + RR

3-6 PAS, RR

1-2 PAS



Labornotiz: