

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

Überweisungsschein

| | | | | |
|---|--|---|---|-------------------|
| <input type="checkbox"/> Kurativ | <input type="checkbox"/> Präventiv | <input type="checkbox"/> Behndl. gemäß § 116b SGB V | <input type="checkbox"/> bei belegärztl. Behandlung | Q U J J |
| <input type="checkbox"/> Unfall Unfallfolgen | Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2 | | T E M M J J | Geschlecht M F |

Überweisung an **Institut für Pathologie Allgäu-Oberschwaben**

| | | | |
|--|---|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Ausführung von Auftragsleistungen | <input type="checkbox"/> Konsiliar- untersuchung | <input type="checkbox"/> Mit-/Weiter- behandlung | AU bis T T N M J J |
| <input type="checkbox"/> eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V | | | |

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 8 (4.2011)

Untersuchungsantrag

**Institut für Pathologie
Allgäu-Oberschwaben**

Am Engelberg 33a
88239 Wangen im Allgäu
Tel: 075 22/90 94 44
Fax: 075 22/90 94 45
info@patho-ao.de
www.patho-ao.de

Zertifiziert nach DIN EN ISO 9001:2008
Mitglied in Organzentren

- Ambulant Stationär
 Privat/Wahlleistung

Klinische Angaben/Frühere Untersuchungen:



Untersuchungsmaterial:

- | | | |
|----|----------------------------|--------------------------|
| PE | Ösophagus | <input type="checkbox"/> |
| | Kardia | <input type="checkbox"/> |
| | Korpus / Fundus | <input type="checkbox"/> |
| | Antrum | <input type="checkbox"/> |
| | Pylorus | <input type="checkbox"/> |
| | Bulbus / Duodenum | <input type="checkbox"/> |
| | Papilla V. | <input type="checkbox"/> |
| | Dünndarm | <input type="checkbox"/> |
| | Anastomose | <input type="checkbox"/> |
| | Coecum | <input type="checkbox"/> |
| | Colon asc. / Colon transv. | <input type="checkbox"/> |
| | Colon descendens | <input type="checkbox"/> |
| | Sigma | <input type="checkbox"/> |
| | Rektum | <input type="checkbox"/> |
| | Sonstiges | <input type="checkbox"/> |



um telefonische Benachrichtigung wird gebeten Ja Telefon-Nr.: _____

wir benötigen neue Gefäße/Formulare

Datum Unterschrift und Stempel des Einsenders