

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	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> U	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> J	Geschlecht	
<input type="checkbox"/> Unfall Unfallfolgen	Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2		<input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> W	<input type="checkbox"/> M

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	<input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> J
<input type="checkbox"/> eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V									

Diagnose/Verdachtsdiagnose

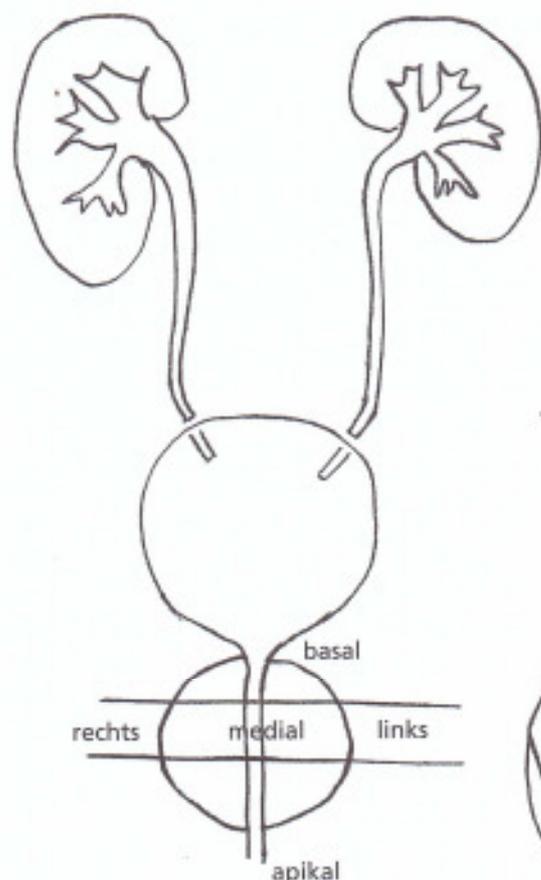
Befund/Medikation

Auftrag

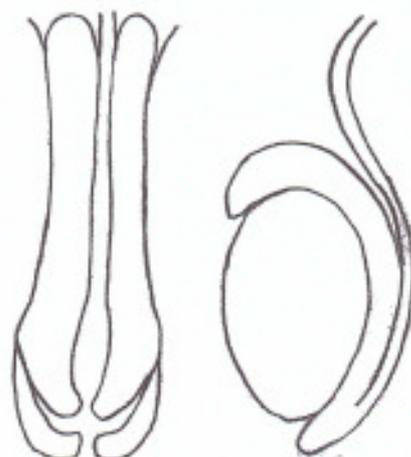
Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 6 (4.2011)

## Untersuchungsantrag



Rechts  Links



## 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

Datum Unterschrift und Stempel des Einsenders