

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	<table border="1"> <tr><td>Q</td><td>J</td><td>J</td></tr> </table>	Q	J	J			
Q	J	J								
<input type="checkbox"/> Unfall Unfallfolgen	Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2			<table border="1"> <tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr> </table>	T	T	M	M	J	J
T	T	M	M	J	J					

Geschlecht

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

<input type="checkbox"/> Ausführung von Auftragsleistungen	<input type="checkbox"/> Konsiliaruntersuchung	<input type="checkbox"/> Mit-/Weiterbehandlung	AU bis						
			<table border="1"> <tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr> </table>	T	T	M	M	J	J
T	T	M	M	J	J				

 eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

Diagnose/Verdachtsdiagnose


Befund/Medikation

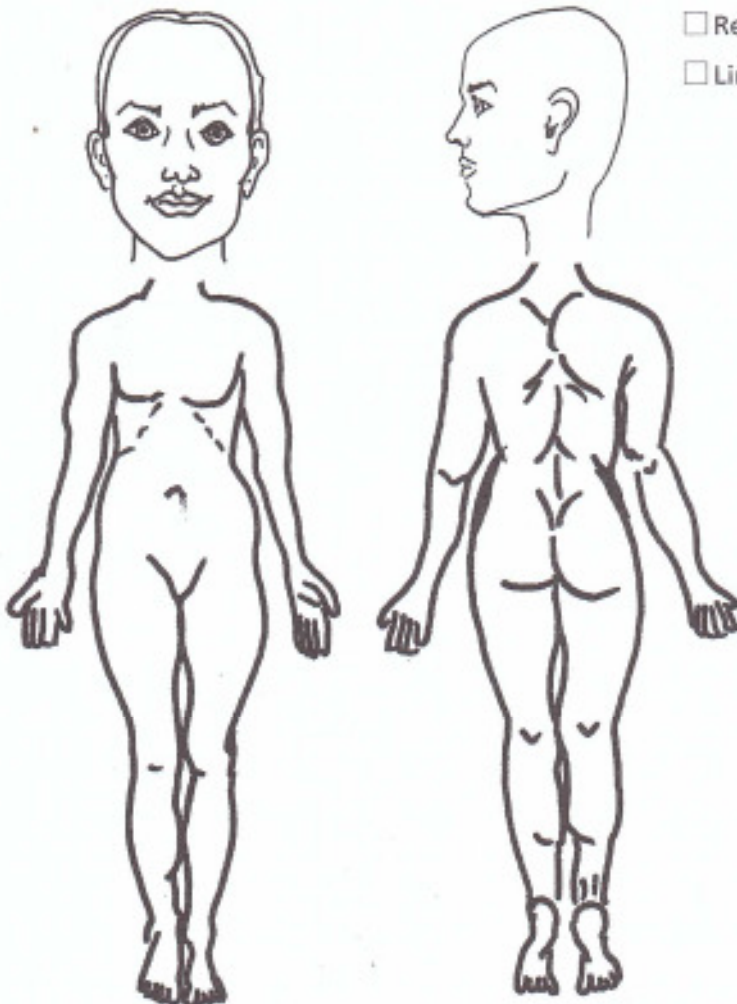

Auftrag



Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 5 (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