

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

Überweisungsschein

06
Quartal

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

Unfall Unfallsfolgen
 Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2

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

Geschlecht

Ausführung von Auftragsleistungen
 Konsiliaruntersuchung
 Mit-/Weiterbehandlung

eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 6 (4.2011)

Untersuchungsantrag

Institut für Pathologie Allgäu-Oberschwaben

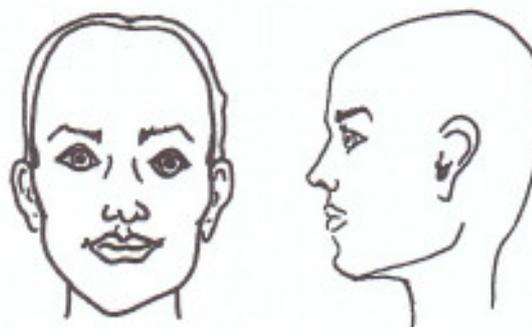
Am Engelberg 33a
88239 Wangen im Allgäu
Tel: 075 22/909444
Fax: 075 22/909445
info@patho-ao.de
www.patho-ao.de

Zertifiziert nach DIN EN ISO 9001:2008
Mitglied in Organzentren

- Ambulant Stationär
 Privat/Wahlleistung



Bitte Tumor-/Prozesslokalisierung und ggf. Resektionsränder sowie Markierungen einzeichnen. Vielen Dank.



- Rechts
 Links

