

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

Geschlecht

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 M M J 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

Institut für Pathologie Allgäu-Oberschwaben

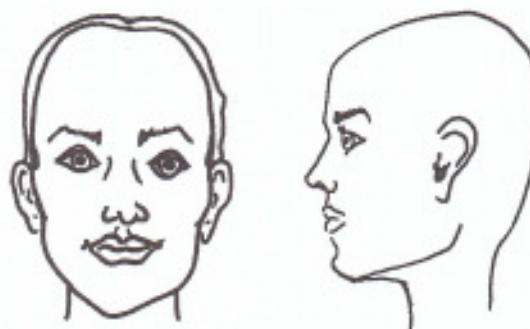
Am Engelberg 33a
88239 Wangen im Allgäu
Tel: 075 22/90 94 44
Fax: 075 22/90 94 45
info@patho-ao.de
www.patho-ao.de

Zertifiziert nach DIN EN ISO 9001:2008
Mitglied in Organzentren

<input type="checkbox"/> Ambulant	<input type="checkbox"/> Stationär
<input type="checkbox"/> Privat/Wahlleistung	



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



Rechts

Links

