

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

Überweisung an \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Ausführung von Auftragsleistungen	<input type="checkbox"/> Konsiliaruntersuchung	<input type="checkbox"/> Mit-/Weiterbehandlung	AU bis	T T M M J J
<input type="checkbox"/> eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V				



Diagnose/Verdachtsdiagnose

---



---

Befund/Medikation

---



---

Auftrag

---



---

Befundkopie an

---

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Gemeinschaftspraxis für Pathologie · Berlin  
Dr. med. T. Gaul · A. Switala · Dr. med. M. Koch

## Antrag auf histologische bzw. zytologische Begutachtung

Datum der Entnahme	Relevante Vorbefunde
T T M M J J	

Art und Lokalisation des übersandten Materials

I

II

III

IV

V

VI

Klinische Diagnose / Fragestellung

---



---



---

Für gynäkologischen Befund	
Letzte Regel	T T M M J J
Hormontherapie	ja nein
Bei Placenta	
Errechneter Geburtstermin	T T M M J J
SSW	Kindsgewicht / g

Gewünschtes Versandmaterial	
<input type="checkbox"/>	Versandtüten / Plastiktütchen
<input type="checkbox"/>	kleine / große Gefäße
<input type="checkbox"/>	Untersuchungsanträge
<input type="checkbox"/>	Objektträger / -hüllen
<input type="checkbox"/>	Sonstiges:

RIECO Orgaform Altenburg GmbH (034 47) 85 19-0 03/12