

# Überweisungsschein

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

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

Unfall Unfallfolgen   
 Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2 **TTMMJJ**

Überweisung an \_\_\_\_\_

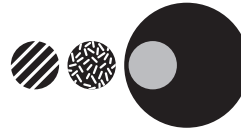
Ausführung von Auftragsleistungen   
  Konsiliaruntersuchung   
  Mit-/Weiterbehandlung

eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

Quartal **QJJJ**  
 Geschlecht **WM**  
 AU bis **TTMMJJ**

## Begutachtungsauftrag für Histologie/Zytologie

Diagnose / Verdachtsdiagnose - Fragestellung:



**PRAXIS FÜR PATHOLOGIE**  
 Dr. med. Gabriele Deubler  
 und Kollegen

Steinbergstraße 31  
 D-72764 Reutlingen  
 Tel. 07121 / 200-4318  
 Fax 07121 / 200-4321

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

- Schnellschnittuntersuchung
- Tel. Durchsage der Diagnose  
Tel.
- Übermittlung des Befundes per Fax  
Fax

Erfassung    
 Zuschn.    
 Ausgabe    
 Material

	Makro	Färbung	B	R
I				
II				
III				
IV				
V				
VI				
VII				
VIII				
IX				
X				

4800     4802     4815     19310     19312     19320     19321     19322     sonstige

4815 A     4815 M     4815 IH     01743     40100     40120     40144     88115     \_\_\_\_\_