

Überweisung / Abrechnung

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 **T T M M J J**

Überweisung an _____

Ausführung von Auftragsleistungen
 Konsiliar untersuchung
 Mit-/Weiterbehandlung

eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

Quartal **Q J J J**
 Geschlecht **W M**
 AU bis **T T M M J J**

Begutachtungsauftrag für Histologie/Zytologie

Diagnose / Verdachtsdiagnose - Fragestellung:



PRAXIS FÜR PATHOLOGIE

Dr. med. Gabriele Deubler
Dr. med. Vassiliki Voudouri

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

Befundabfrage

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 Z 01743 40100 40120 40144 88115 _____