

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

Überweisungsschein

06

Quartal

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

Unfall Unfallfolgen
 Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2

Q J J
 T T M M J J
 Geschlecht

Überweisung an _____

Ausführung von Auftragsleistungen
 Konsiliaruntersuchung
 Mit-/Weiterbehandlung

eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

AU bis T T M M J J

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

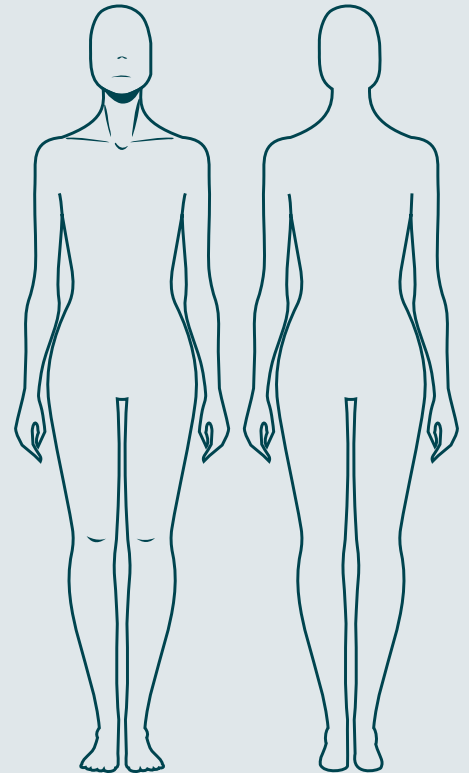
Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 6 (10.2019)



Begutachtungsauftrag Histologie/Zytologie | allgemein

Nr. (Probe)	Materialart	Entnahmeort
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

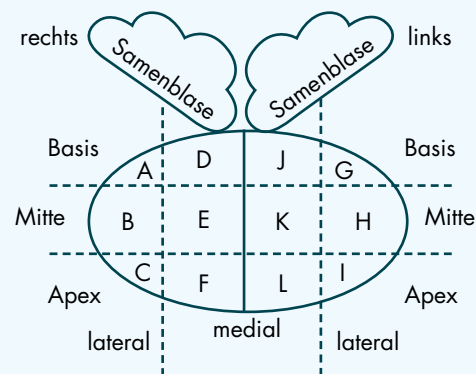


Bemerkung

Nur von Pathologie auszufüllen

Begutachtungsauftrag Histologie/Zytologie | Prostata

Nr. (Probe)	Materialart	Entnahmeort
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		



Begleitangaben	
PSA	ng/ml
freies PSA	ng/ml
Prostatavolumen	ccm

Nur von Pathologie auszufüllen