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 Q J J

Geschlecht

☐ Unfall Unfallfolgen Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2 T T M M J J W M

Überweisung an

AU bis

☐ Ausführung von Auftragsleistungen ☐ Konsiliar-untersuchung ☐ Mit-/Weiter-behandlung T T M M J J

☐ eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

Diagnose / Verdachtsdiagnose

Befund / Medikation

Auftrag

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 6 (10.2014)

Antrag auf histologische oder zytologische Begutachtung

WICHTIG: Bitte immer ankreuzen!

☐ ambulant ☐ privat
(bitte oben Überweisungsschein komplett ausfüllen)

☐ stationär ☐ Chefarzt-Wahlleistung

☐ ambulantes Operieren (AOP)
(bitte oben Überweisungsschein komplett ausfüllen)

Institut für Pathologie
im Medizin Campus Bodensee

Prof. Dr. med. Hans-Anton Lehr
Prof. Dr. med. Friedrich Kommoss
PD Dr. med. Stephan Schäfer

Röntgenstraße 2, 88048 Friedrichshafen
Telefon 07541-963001, Telefax 07541-963003

Art und Entnahmestelle des eingesandten Materials:

Datum und Eingangs-Nr. des Pathologischen Instituts:

Klin. Diagnose, Befunde, Fragestellungen:

Gynäkologischer Befund:

Zyklus: regelmäßig / unregelmäßig

letzte Regel:

Para: Gravida:

letzte Geburt/Abort:

Hormonapplikation:

Portiobefund:

z. Zt. gravide?

Menopause seit:

☐ Pathologische Vorbegutachtung vorhanden, Nr.: _____

☐ Zusätzliche Übermittlung des Gutachtens erbeten an: _____

_____

Gresser P 05/911