

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Unfall Unfallfolgen	Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überweisung an			<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> Ausführung von Auftragsleistungen	<input type="checkbox"/> Konsiliaruntersuchung	<input type="checkbox"/> Mit-/Weiterbehandlung	AU bis		
<input type="checkbox"/> eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V			<input type="checkbox"/>		

### Diagnose/Verdachtsdiagnose

---



---

### Befund/Medikation

---



---

### Auftrag

---



---



---



---

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 6 (4.2011)

### Untersuchungsantrag an:

#### MVZ Ruhrlandklinik gGmbH

Praxis für Pathologie

Josef-Albers-Str. 70 46236 Bottrop  
 Postfach 10 10 44 46210 Bottrop  
 Telefon (02041) - 23943  
 Telefax (02041) - 264916  
 E-Mail pathologie@mvz-ruhrlandklinik.de

Ja Nein

NSAR:

PPI:

V.a. Sprue:

V.a. Barrett:

Ulcus:

### Klinische Diagnose

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

Lokalisation der Biopsien bitte mit Nr. eintragen

