

Überweisungsschein

06

Quartal

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

Unfall Unfallfolgen Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2

Überweisung an

Ausführung von Auftragsleistungen Konsiliaruntersuchung Mit-/Weiterbehandlung

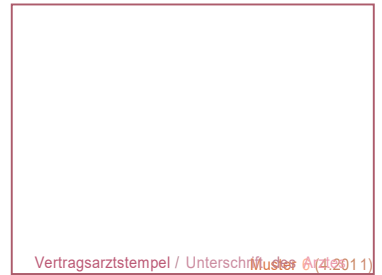
eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

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

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag



Vertragsarztstempel / Unterschrift (Muster 6 (4/2011))

Untersuchungsantrag an:

MVZ Ruhrlandklinik gGmbH

Praxis für Pathologie

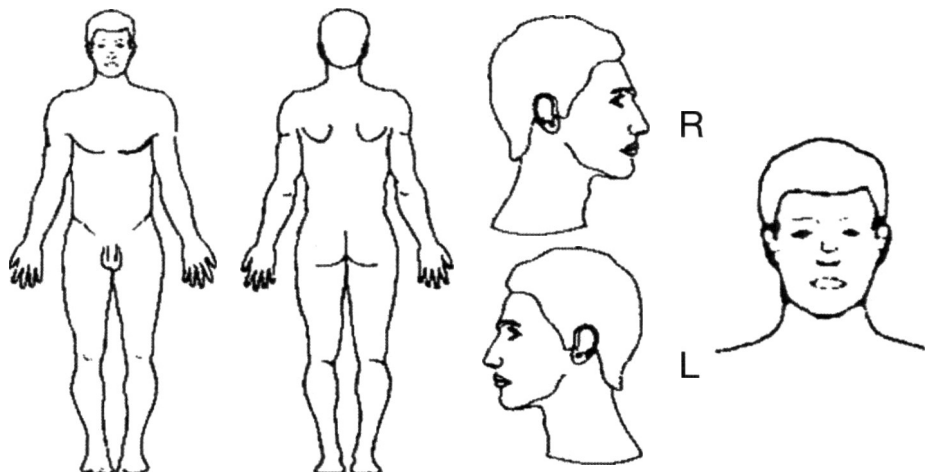
Josef-Albers-Str.70 46236 Bottrop
 Postfach 10 10 44 46210 Bottrop
 Telefon (02041) - 23943
 Telefax (02041) - 264916
 E-Mail pathologie@mvz-ruhrlandklinik.de

Stanze	KüreNage	Shave	PE	Exzision
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Klinische Diagnose

2.

4.



Entnahmelokalisation bitte markieren