

# Überweisungsschein

06  
Quartal

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

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

## Diagnose/Verdachtsdiagnose

---



---

## Befund/Medikation

---



---

## Auftrag

---



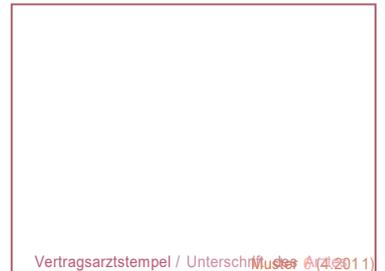
---



---



---



## 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"/>				

## Klinische Diagnose

---

2. 

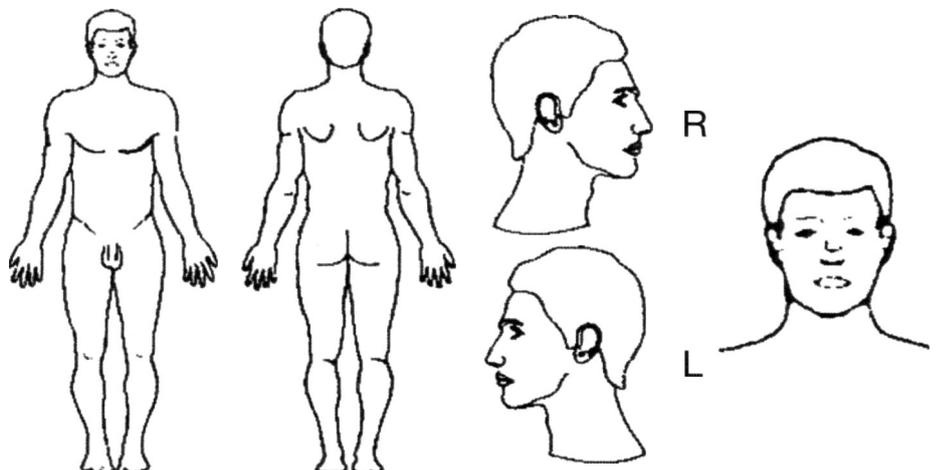
---

---

4. 

---

---



Entnahmelokalisation bitte markieren