Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

Überweisungsschein

06

Quartal Q J J

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

Geschlecht W M

☐ Unfall Unfallfolgen

Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2 T T M M J J

Überweisung an

AU bis T T M M J J

☐ Ausführung von Auftragsleistungen ☐ Konsiliar-untersuchung ☐ Mit-/Weiter-behandlung

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

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 6 (10.2014)

Zentrum für Dermatohistologie und Oralpathologie
Tübingen-Würzburg

Bahnhofstr. 25, 72072 Tübingen
Tel.: 07071-3 20 17/18, Fax: 07071-3 89 23
Simon-Breu-Straße 46, 97074 Würzburg
Tel.: 0931-99 16 43 00, Fax: 0931-99 16 39 99

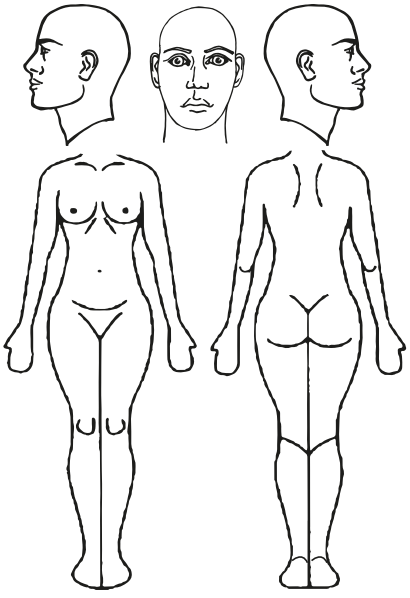
Vorhistologie: ☐ nein ☐ ja, Vorbefundsnummer:

Amb. OP § 115 SGB V: ☐ **OPS-Ziffer:**

klin. Bild vorhanden: ☐ nein ☐ ja

Feld für Barcode:

Klinik:



	Lokalisation	Diagnose	Total-exzision	Probe-biopsie	Shave/ Curettage	Markierung z.B. 12 Uhr
I.			☐	☐	☐	
II.			☐	☐	☐	
III.			☐	☐	☐	
IV.			☐	☐	☐	
V.			☐	☐	☐	
VI.			☐	☐	☐	

Wird vom Labor ausgefüllt:

☐ PAS ☐ Gie ☐ HP ☐ 3-6 PAS, Fe + RR

☐ Fe ☐ HE ☐ PAS, Gie ☐ 3-6 PAS, RR

☐ VG ☐ 1-2 PAS

☐ X 4800 ☐ X 4815

☐ X 4802 ☐ X 4815-I