

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

Überweisungsschein

06
Quartal

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

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

Überweisung an _____

Ausführung von Auftragsleistungen
 Konsiliaruntersuchung
 Mit-/Weiterbehandlung
 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 (5.2011)

Prof. Dr. med. K. Junker
 Facharzt für Pathologie – Molekularpathologie

Prof. Dr. med. K. Junker
 Facharzt für Pathologie – Molekularpathologie

Begutachtungsauftrag

**Zentrum für Pathologie
 Klinikum Bremen-Mitte**
 St.-Jürgen-Str. 1 · 28177 Bremen
 Tel.: (0421) 497-54 35 (Sekretariat)
 Fax: (0421) 497-33 27

Praxis für Pathologie
 St.-Jürgen-Str. 1 · 28177 Bremen
 Tel.: (0421) 497-25 74
 Fax: (0421) 497-25 83

Station

Stationär

Ambulant

Regelleistung		Wahlleistung/Arzt		Kasse		Privat	
---------------	--	-------------------	--	-------	--	--------	--

Letzte histologische Begutachtung - E-Nr. / J-Nr.

Material

1.	ANN		
2.		VOR	
3.	ZM		
4.		ZA	
5.	PRÄ		
6.		EDV	

Klinische Diagnose

	bei Tumoren	
	cTNM:	

Besondere Fragestellung

	R-Klassifikation:	
--	-------------------	--

Datum _____

Unterschrift _____