

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)

MVZ Fachärzteezentrum Hanse GmbH Fachbereich: Pathologie

St.-Jürgen-Str. 1 - 28177 Bremen
 Telefon: (0421) 497-73800 - FAX: (0421) 497-1973896
 E-Mail: pathologie@fachaerzteezentrum-hanse.de

Begutachtungsauftrag

QMF 2.2, 04a

AMBULANT

Ambulant

Regelleistung Wahlleistung Arzt/Privatleistung _____

Letzte histologische Begutachtung - Befundnummer

Material

1.	ANN		
2.		VOR	
3.	ZM		
4.		ZA	
5.	PRÄ		
6.		EDV	
Klinische Diagnose	AUS		
Besondere Fragestellung			

Datum _____

Unterschrift _____