

Überweisungs-/Abrechnungsschein

06

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
 Konsiliar-Untersuchung
 Mit-/Weiterbehandlung

eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

Quartal Q J J
 Geschlecht W M

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag Nachreichung

IGeL-Leistung
Eingriff § 115 b
Hautkrebscreening

Dermatopathologie Offenbach
 Prof. Dr. med. Peter Kind
 Kaiserleistraße 39
 63067 Offenbach
 T + 49 (0)69. 98 97243 - 0
 F + 49 (0)69. 98 97243 - 30

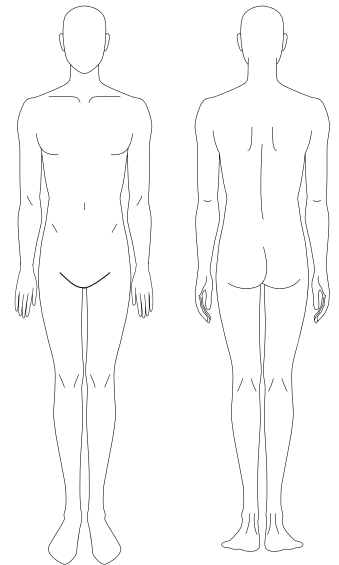
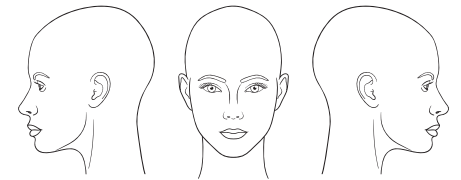
Vertragsarztstempel des abrechnenden Arztes

Vertragsarztstempel/Unterschrift überw. Arzt

Muster 6 (4.2011)



Postfach 100454 / 63004 Offenbach
 T + 49 (0)69. 98 97243 - 0
 F + 49 (0)69. 98 97243 - 30
 sec@histologielabor.de
 www.histologielabor.de



PATIENTEN-NR.: _____

FOTO: Ja Nein

	Klinischer Sicherheitsabst. (mm)	Exzision	Mikrografische Schnittkontrolle	Shave	Kürettage	Probiopsie
1. _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

VORHISTOLOGIE-NR.: _____

ELISA
 Molekulardiagnostik
 Immunfluoreszenz
 Alopezie

Lokalisation bitte mit Nummern markieren!

Bitte nicht ausfüllen. Nur für laborinternen Gebrauch.

19310	19312	19315	19320
32505	40100	40144	88115

75	Porto	3854	4711	4800
4802	4815	4830A	IGEL	Hg

Serie	Stufen	PAS	Giemsa	EvG	AB
Annahme	Zuschnitt	Ausbetten	Schneiden	Abgabe	Kontrolle

BITTE NICHT ABTRENNEIN!

Zert. n. ISO 9001:2015