

# 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

Quartal: **Q** **J** **J**   
 Geschlecht: **W** **M**

Überweisung an \_\_\_\_\_

Ausführung von Auftragsleistungen   
  Konsiliar-Untersuchung   
  Mit-/Weiterbehandlung

eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

AU bis: **T** **T** **M** **M** **J** **J**

Diagnose/Verdachtsdiagnose

---



---

Befund/Medikation

---



---

Auftrag       Nachreichung

---



---



---



---

IGeL-Leistung   
  Eingriff § 115 b   
  Hautkrebscreening

MVZ Dermatopathologie  
 Prof. Dr. Kind GmbH  
 Kaiserleistraße 37  
 63067 Offenbach  
 T + 49 (0)69. 98 97243 - 0  
 F + 49 (0)69. 98 97243 - 30

Vertragsarztstempel des abrechnenden Arztes

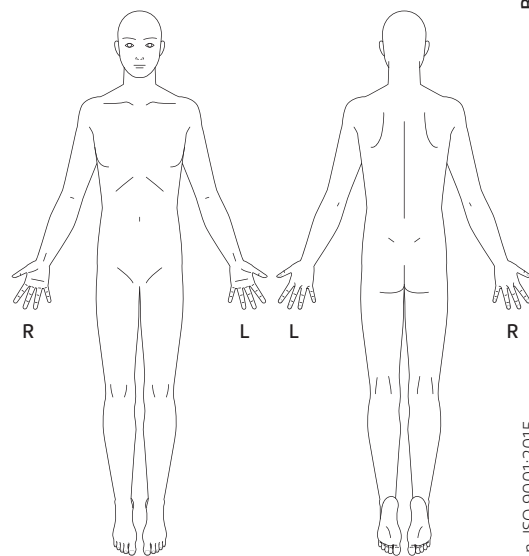
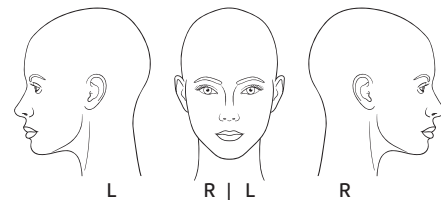
---

Vertragsarztstempel/Unterschrift überw. Arzt

Muster 6 (4.2011)



MVZ Dermatopathologie Prof. Dr. Kind GmbH  
 Postfach 100454 / 63004 Offenbach  
 T + 49 (0)69. 98 97243 - 0  
 F + 49 (0)69. 98 97243 - 30  
 sec@histologielabor.de  
 www.histologielabor.de



Lokalisation bitte mit Nummern markieren!

PATIENTEN-NR.: \_\_\_\_\_

FOTO:  Ja     Nein

	Klinischer Sicherheitsabst. (mm)	Exzision	Mikrografische Schnitttrandkontrolle	Shave	Kürettage	Probebiopsie
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

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