

Überweisungsschein

06

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

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

Unfall Unfallfolgen
 Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2

Überweisung an _____

Ausführung von Auftragsleistungen
 Konsiliaruntersuchung
 Mit-/Weiterbehandlung

eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

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

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

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

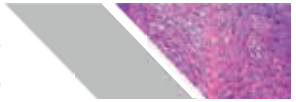
Auftrag

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

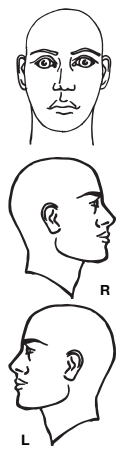
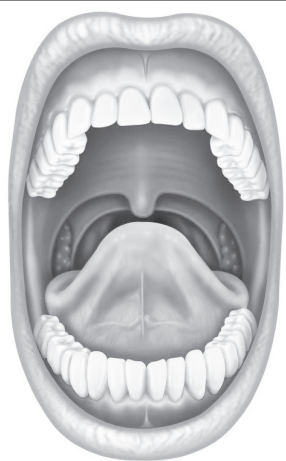
Muster 6 (4.2011)

Zentrum für Dermatohistologie und Oralpathologie Tübingen-Würzburg Untersuchungsauftrag Oralpathologie

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



Voruntersuchungen: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja H-Nummer/Ergebnis:	Feld für Barcode:
Amb. OP § 115 SGB V: <input type="checkbox"/> OPS-Ziffer:	<input type="checkbox"/>
Anamnese/klin. Bild:	<input type="checkbox"/> Privat ambulant <input type="checkbox"/> stationär Rechnung Regelleistung
Therapie:	<input type="checkbox"/> Stationär Regelleistung



Klinische Diagnose	Total-exzision	PE/Shave	Fadenmarkierung (Uhrzeit)
1. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Wird vom Labor ausgefüllt:

<input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> Fe <input type="checkbox"/> VG	<input type="checkbox"/> Gie <input type="checkbox"/> HE	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> PAS, Gie	<input type="checkbox"/> 3-6 PAS, Fe + RR <input type="checkbox"/> 3-6 PAS, RR <input type="checkbox"/> 1-2 PAS	<input type="checkbox"/> X 4800 <input type="checkbox"/> X 4802	<input type="checkbox"/> X 4815 <input type="checkbox"/> X 4815-I
--------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------