

Überweisungsschein

06

Quartal

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

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

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 6 (10 2019)

Institut für Pathologie, Neuropathologie und Molekularpathologie – Hannover-Zentrum

Dr. med. B. Richter-Sadocco · Dr. med. H. Schreiber ·
Dr. med. W. Beschow · Dr. med. M. Hillemanns ·
Dr. med. D. Belder



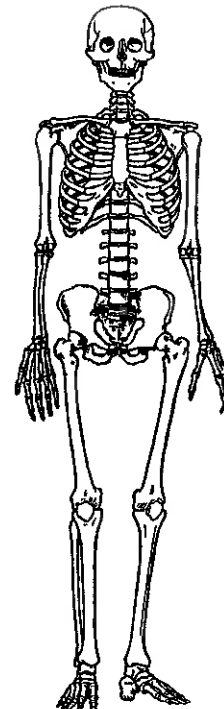
Untersuchungsantrag Orthopädie

Ambulant Stationär Wahlleistung Screening

Entnahmelokalisation

I
II
III
IV
V
VI

Ggf. Skizzierung der Läsionen



Kommentar / Fragestellung

Bitte freilassen für institutsinterne Bemerkungen

Auspacken MTA Zuschnitt Befunder Sonstiges