

# 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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

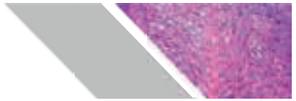
\_\_\_\_\_

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

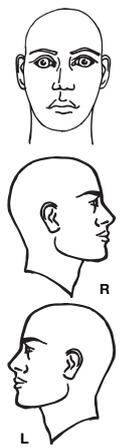
Muster 6 (4.2011)

## 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
--	---	--	---	--	--