Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

Überweisungsschein

06

Quartal Q J J

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

Geschlecht

☐ Unfall Unfallfolgen

Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2 T T M M J J

Überweisung an

AU bis T T M M J J

☐ Ausführung von Auftragsleistungen ☐ Konsiliar-untersuchung ☐ Mit-/Weiter-behandlung

☐ eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 6 (10.2019)

Untersuchungsantrag

Univ.-Prof. Dr. med. Wilko Weichert
Institut für Allgemeine Pathologie und Pathologische Anatomie der TUM
Trogerstraße 18 · 81675 München · Tel. (089) 4140-4161 · Fax (089) 4140-4865
Tel. Befundabfrage: (089) 4140-4176 Montag – Freitag: 9:00 – 16:00 Uhr

DAkkS Deutsche Akkreditierungsstelle D-IS-14063-01-00

Lokalisation des übersandten Materials

Art des übersandten Materials

Anamnese / Fragestellung

Musterversion