

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

## Überweisungs-/Abrechnungsschein

**Gemeinschaftspraxis**  
**Dr. med. Heinz-H. Köhler**  
**Dr. med. Oliver Basten**  
**Frau Dr. med. Sabine Oeschger**  
 Institut für Pathologie und Zytologie

35006 Marburg, Postfach 1620  
 35039 Marburg, Neue Kasseler Straße 23a  
 Tel. (0 64 21) 87 00 42 · Fax (0 64 21) 87 00 62

**Rahmenauftrag**

Quartal \_\_\_\_\_ /20\_\_\_\_

lfd. Nr. \_\_\_\_\_

- bei belegärztl. Behandlung  
 **Ambulant**  
 **Stationär**  
 **Privat (s. Rückseite)**  
 **Kollege (Angehöriger)**  
 männl.  weibl.

OP-Datum:

Voruntersuchungs-Nr.

### Versandmaterial gewünscht?

#### Versandgefäße

\_\_\_\_\_ 2 ml    \_\_\_\_\_ 20 ml    \_\_\_\_\_ 50 ml  
 \_\_\_\_\_ 100 ml    \_\_\_\_\_ 250 ml    \_\_\_\_\_ 500 ml  
 \_\_\_\_\_ 750 ml    \_\_\_\_\_ 1.000 ml    \_\_\_\_\_ 2.000 ml

#### Objektträger

\_\_\_\_\_ mit Mattrand    \_\_\_\_\_ ohne Mattrand

#### Begleitscheine

Histo (allg.)     Mamma     Gastro     Leber  
 Knochenmark     Haut     Zyto (Gyn.)

#### Versandtüten

groß     klein

**Sonstiges:** \_\_\_\_\_

**44 47 636 00**  
 Gemeinschaftspraxis  
 Dr. med. Heinz-H. Köhler  
 Dr. med. Oliver Basten  
 Dr. med. Sabine Oeschger  
 Fachärzte für Pathologie  
 Neue Kasseler Straße 23a  
 35039 Marburg  
 Tel. (06421) 870042, Fax 870062

Vertragsarztstempel abrechnender Arzt

Vertragsarztstempel u. Unterschrift überw. Arzt

## Klinische Angaben/Fragestellung/Entnahmestelle:

Frühere E.-Nr. \_\_\_\_\_

Klinische Diagnose: \_\_\_\_\_

Weitere Fragestellung: \_\_\_\_\_

Telef. Benachrichtigung erwünscht unter Nr. \_\_\_\_\_ Nachrichtlich an: \_\_\_\_\_

**Bitte Lokalisation, Ausdehnung und Entnahmeort angeben.**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_