

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

Quartal _____ /20____

lfd. Nr. _____

Rahmenauftrag

- 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: _____

Vertragsarztstempel u. Unterschrift überw. Arzt

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

Vertragsarztstempel abrechnender Arzt

Klinische Angaben/Fragestellung/Entnahmestelle:

Frühere E.-Nr. _____

Klinische Diagnose/Fragestellung: _____

- z. A. Basaliom
- z. A. PEC
- Faden bei:
- epiderm. Zyste
- susp. NZN
- susp. Keratose
- Lipom
- Angiom
- Fremdkörpergranulom

Bitte Lokalisation, Ausdehnung und Entnahmeort einzeichnen und angeben.

