

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_____

Ifd. 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

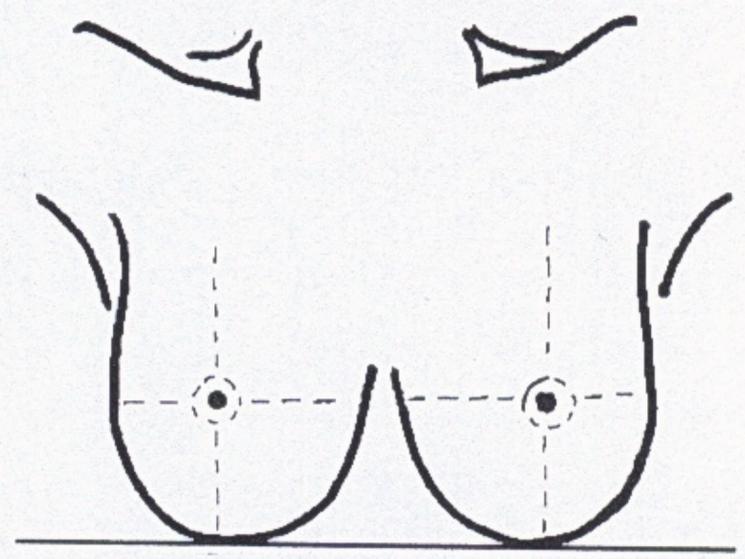
Sonstiges: _____

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

Vertragsarztstempel u. Unterschrift überw. Arzt

Klinische Angaben/Fragestellung/Entnahmestelle:



	Brust rechts		Brust links	
Mamillensekret	klar		klar	
	trüb		trüb	
	blutig		blutig	
Zystenpunktat _____ ml	klar		klar	
	trüb		trüb	
	blutig		blutig	
Entfernung zur Mamille	cm		cm	
Lokalisation	Uhr		Uhr	
Entzündungszeichen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Sonstiges (z.B. Konsistenz)				