

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. _____

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

Rahmenauftrag

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

- Objekttträger**
- _____ 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:

NUR FÜR LEBERBIOPSIE

Vorbegutachtung? Nr.: _____

Anamnese, klinische Befunde, Fragestellung: _____

GOT _____ (<18 U/l) GPT _____ (<22 U/l) AP _____ (<170 U/l) γGT _____ (<28 U/l)

Bilirubin ges.: _____ (0,1 - 1,5 mg/dl) Bilirubin direkt: _____ (0 - 0,35 mg/dl)

Virushepatitis ja nein; wenn ja, spez. serolog. Marker _____

v.a. Autoimmunhepatitis ja nein; wenn ja, serolog. Marker (ANA, SMA, LKM, SLA, AMA?) _____

Medikamente (unbedingt angeben) _____

Bluteiweiß: Ges.-Eiweiß _____ g %; Alb. _____ % Ig (quant.): _____

α₁ _____ %; α₂ _____ %; β _____ %; γ _____ % _____