

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 23 a
 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:

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:

Frühere E.-Nr. _____

Klinische Diagnose: _____

Weitere Fragestellung: _____

Telef. Benachrichtigung erwünscht unter Nr. _____ Nachrichtlich an: _____

Bitte Lokalisation, Ausdehnung und Entnahmeort einzeichnen und angeben. Fraktionierte Biopsien bitte beziffern.

