

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: _____

ENDOSKOPISCHER BEFUND:

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


