Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status

Vertragsarzt-Nr. | VK gültig bis | Datum

# Überweisungs-/Abrechnungsschein

06-2

☐ Kurativ ☐ Präventiv ☐ bei belegärztl. Behandlung Quartal

☐ Unfall Unfallfolgen Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2 T T M M J J Geschlecht W M

Überweisung an

☐ Ausführung von Auftragsleistungen ☐ Konsiliar-untersuchung ☐ Mit-/Weiter-behandlung AU bis T T M M J J

**Auftrag** (bitte auch wichtige Befunde/Medikation angeben)/**Diagnose/Verdacht**

**Diagnosen (ggf. Abrechnungsbegründungen)**

Tag Mon. Tag Mon.

Vertragsarztstempel/Unterschrift überw. Arzt

Vertragsarztstempel des abrechnenden Arztes

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen

Muster 6 (4.2005)

Prof. Dr. med. A. Tannapfel

**Institut für Pathologie**
Ruhr-Universität Bochum
am BG Universitätsklinikum Bergmannsheil
Bürkle-de-la-Camp Platz 1
**44789 Bochum**
Tel. 0234/302-4800 - Fax 0234/302-4809

**PATHOLOGIE RUHR**
am Berufsgenossenschaftlichen
Universitätsklinikum Bergmannsheil
Bürkle-de-la-Camp Platz 1
**44789 Bochum**
MVZ-GmbH

# Begutachtungsauftrag

**Station**

| **Stationär** | | | | **Ambulant** | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Regelleistung | ☐ | Wahlleistung/Arzt | ☐ | AllS Knappschaft | ☐ | Kasse ☐ | Privat ☐ |

**Letzte histologische Begutachtung - E-Nr.**

| **Material** | Geb. Pos | Anzahl |
|---|---|---|
| 1. | | |
| 2. | | |
| 3. | | |
| 4. | | |
| 5. | | |
| 6. | | |

**Klinische Diagnose:** (Bei Abrasio letzte Periode)

**Besondere Fragestellung**

5000044 11/06