

Krankenkasse bzw. Kostenträger		72
Musterkrankenkasse		
Name, Vorname des Versicherten		
Mustermann		geb. am
Max		01.01.1950
Musterstr. 1		
D 12345 Musterdorf		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
123456789	A123456789	xxxxxxx
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
xxxxxxx	xxxxxxx	xx.xx.2021

Überweisungsschein

06
Quartal

<input checked="" type="checkbox"/> Kurativ	<input type="checkbox"/> Präventiv	<input type="checkbox"/> Behandl. gemäß § 116b SGB V	<input type="checkbox"/> bei belegärztl. Behandlung	<input checked="" type="checkbox"/> x	2	1
<input type="checkbox"/> Unfall Unfallfolgen	Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Geschlecht

M

Überweisung an **Pathologie**

<input type="checkbox"/> Ausführung von Auftragsleistungen	<input type="checkbox"/> Konsiliaruntersuchung	<input checked="" type="checkbox"/> Mit-/Weiterbehandlung	AU bis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V			<input type="checkbox"/>

Diagnose/Verdachtsdiagnose

metastasierte Prostatakarzinom (C61G)

Befund/Medikation

Auftrag

Panel-Sequenzierung, erweiterte Mutationssuche, Fusionen?, Alterationen? MSI

Praxisstempel

Arztunterschrift

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes