



Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Überweisungsschein für in-vitro-diagnostische Auftragsleistungen

Kurativ Präventiv bei belegärztl. Behandlung Unfall, Unfallfolgen

Auftragsnummer des Labors

Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

Knappschafts-kennziffer

Quartal

Geschlecht

Kontrolluntersuchung bekannte Infektion

SER

eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

Eintrag nur bei Weiterüberweisung!

Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers Arzt-Nr. des Erstveranlassers

Abnahmedatum Abnahmezeit

SSW

Befund eilt, Übermittlung an Telefon Fax Nr. _____

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

MVZ Pathologie & Zytologie Rhein-Sieg

PD Dr. med. A. Pérez Bouza
 PD Dr. med. M. Braun
 Geschäftsführer und ärztliche Leiter
 Fachärzte für Pathologie
 Mendener Str. 12 · 53840 Troisdorf
 Tel. 02241 17010 · Fax 02241 170133
 www.patho-rhein-sieg.de

Antrag auf pathologisch-anatomische und histologische Begutachtung

Abrechnungsart:

Ambulant Stationär Wahlleistung

Dringlichkeit:

normal eilig (24 h) Schnellschnitt (sofortige Befundung)

Art und Entnahmestelle des eingesandten Materials:

Klinische Diagnose, Befunde, Fragestellungen:

Vorbefunde:

Versandmaterial erwünscht:

Zusätzliche Übermittlung des Gutachtens erbeten an:

Eingangsnnummer:

Einsendender Arzt:

bitte Arztstempel

Unterschrift, Datum

Einwilligungs-/Schweigepflichtenentbindungserklärung für Privatpatienten nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

Ich bin mit der Rechnungserstellung bezüglich der Gewebeuntersuchung durch die PVS rhein-ruhr GmbH, Remscheider Str. 16, 45481 Mülheim, einverstanden. Mit meiner Unterschrift willige ich ein, in die Abtretung der Honorarforderung und in die Übermittlung der zur Rechnungserstellung und zum Einzug der Honorarforderung an die PVS. Insofern entbinde ich meinen Arzt zugleich von der Schweigepflicht, soweit dies für die Abrechnung und Geltendmachung der Forderung erforderlich ist. Vorstehende Erklärung können mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen werden.

Datum _____ Unterschrift der Patientin / des Patienten _____