



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

**Eintrag nur bei Weiterüberweisung!**

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

Abnahmedatum    Abnahmezeit

SSW

SER     eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

Befund eilt, Übermittlung an     Telefon     Fax    Nr. \_\_\_\_\_

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

*Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen*

Muster 10 (4.2024)

### 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:

Eingangsnr.:

Einsendender Arzt:

bitte Arztstempel

Vorbefunde:

Versandmaterial erwünscht:

Zusätzliche Übermittlung des Gutachtens erbeten an:

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 \_\_\_\_\_