

Gutachtenauftrag Pathologie Freiburg

Kurativ
 Präventiv
 Behandl. gemäß § 116b SGB V
 bei belegärztl. Behandlung

Quartal

Geschlecht

Unfall Unfallsfolgen
 Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2

Überweisung an _____

Ausführung von Auftragsleistungen
 Konsiliaruntersuchung
 Mit-/Weiterbehandlung

Histologie / Zytologie-Nr.

eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

Berufsausübungsgemeinschaft
Dr. med. Ursula Hellerich
Dr. med. Dominik Mattern
PD Dr. med. Jörg Nährig
 Fachärzte für Pathologie
 Bötzingen Straße 60 · 79111 Freiburg
 Tel. 0761 456959-00 / Fax 0761 456959-05
57 47 04800
 Vertragsarztstempel des abrechnenden Arztes

Zweidimensionaler Barcode

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

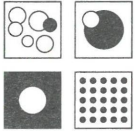
Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Gutachtenauftrag an



Gemeinschaftspraxis für Pathologie

Dr. med. Ursula Hellerich
 Dr. med. Dominik Mattern
 PD Dr. med. Jörg Nährig

Bötzingen Straße 60, 79111 Freiburg
 Telefon 0761 456959-00
 Telefax 0761 456959-05
 info@pathologie-freiburg.de
 www.pathologie-freiburg.de

Bitte unbedingt angeben:

Ambulant
 Belegarzt
 Selbstzahler
 KVB

Stationär
 Regelleistung
 Wahlleistung
 PostB

Materialangabe und Klinische Angaben / Fragestellung

Interne Vermerke Pathologie	Kürzel
Annahme	
Erfassen	
Einpacken	