Krankenkasse bzw. Kostenträger		Überweisungsschein 06 Quartal		
Name, Vorname des Versicherten		the second secon	äventiv Behandl. gemäß bei belegärztl. § 116b SGB V Behandlung	Geschlech
	geb. am		Datum der OP bei Leistung nach Abschnitt 31.2	
Kostenträgerkennung Versicherten-Nr.: Status		Überweisung an Pathologie - MVZ des Klinikums Frankfurt (Oder)		
Betriebsstätten-Nr.: Arzt-Nr.:	Datum	Ausführung von Auftragsleistung	Konsiliar- untersuchung behandlung	
ı	ī	eingeschränkter Lei gemäß § 16 Abs. 3a		
		gemais 9 16 Abs. 3a	20/8 A	
Diagnose/Verdachtsdiagnose				
Befund/Medikation	Total Control of the	3		
Auftrag				
Market Market Ma				
		To the second		
		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		
			Vertragsarztstempel / Unterschi	ift des Arztes
Ä Dr. med. Petra Besuch Gunda Brinkmann Müllroser Chaussee 7 5236 Frankfurt (Oder)				
Telefon: 0335/ 548 - 2761 Fax: 0335/ 548 - 3886				
PE/OP im Rahmen deCito- BefundPer Fax:	~		ggf. Skizzierung und Nummerierung der Lo	kalisation
okalisation	Klinische Diagnose	PE' Stanze Total- Curettage exzision		Pro
			1 100	1.1
Bemerkung / Fragestellung:				;{
remerkung 11 Tagestendag.	1000			(_v)
			W G	D
			(a) (a)	n n
			ع له "()≛(7
				¥
tell-Nr.: MVZ-PAT-538525	www.druckereikuehl.de		1	