

Überweisungs-/Abrechnungsschein

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Kurativ Präventiv bei belegärztl. Behandlung

Unfall Unfallfolgen Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2

Quartal Geschlecht W M

Überweisung an **MEDIZINISCHE GENETIK**

Ausführung von Auftragsleistungen Konsiliaruntersuchung Mit-/Weiterbehandlung

AU bis T T M M J J

Auftrag (bitte auch wichtige Befunde/Medikation angeben)/**Diagnose/Verdacht**

CHROMOSOMENANALYSE AUS

. **UND HUMANGENETISCHES GUTACHTEN**

BEI VERDACHT AUF

Diagnosen / ggf. Abrechnungsbegründungen

Tag	Mon.					Tag	Mon.								

Vertragsarztstempel/Unterschrift überw. Arzt

Vertragsarztstempel des abrechnenden Arztes

KUNERPA Druckerei · 47877 Willich