

# 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 Unfallsfolgen    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**

**FRUCHTWISSEN**

**Diagnosen / ggf. Abrechnungsbegründungen**

Tag	Mon.					Tag	Mon.				

Vertragsarztstempel/Unterschrift überw. Arzt

Vertragsarztstempel des abrechnenden Arztes

KUNERPA Druckerei · 47877 Willich