

# Überweisung

Tyrolpath Obrist Brunhuber GmbH  
Fachärzte f. Pathologie u. Zytodiagnostik

Hauptplatz 4, 6511 Zams  
Tel. 05442 66611; Fax. 05442 66611-11

SEK FO Überweisungsschein v4, e. 4.12.2024 STR, g. 4.12.2024 MS



**Name:**

**Geb.-Datum / Vers.-Nr.:**

**Anschrift:**

**Name Versicherte/r:**

**Geb.-Datum / Vers.-Nr.:**

\* stationär / ambulant  
Klasse

\* ÖGK / BVAEB-OEB /  
BVAEB-EB / SVS-GW /  
SVS-LW / KUF / Zwst.  
Zusatzversicherung

\* unbedingt ausfüllen

**Zeitpunkt Probenentnahme:** \_\_\_\_\_

**Schnellschnitt:**  JA  NEIN

**Klinik:**

Grunderkrankung:

Jetzige Erkrankung:  
(Symptome)

Vorhergegangene Operationen:  
(Was? Wann? Wo?)

Vorbefunde:  
(Histologie, Zytologie, bildgebende Verfahren, Tumormarker, ...)

**Besondere Fragestellung:**

**Untersuchungsmaterial:**

Entnahmeart:            Biopsie            Probeexcision            Curettage            Excision

Organ:

Lokalisation:

**Auskunft** (behandelnde/r Ärztin/Arzt):  
Telefon/Klappe

Datum, Ord./Abt., Stempel, Unterschrift