

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

Überweisungsschein

06

Quartal

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

Q J J

Geschlecht

Unfall Unfallfolgen
 Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2

T T M M J J W M

Überweisung an _____

Ausführung von Auftragsleistungen
 Konsiliaruntersuchung
 Mit-/Weiterbehandlung

AU bis

T T M M J J

eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 6 (4.2011)

Institut für Pathologie, Neuropathologie und Molekularpathologie – Hannover-Zentrum

PD Dr. med. habil. H. Radner · Dr. med. E. Kupsch ·
 Dr. med. W. Beschow · Dr. med. B. Richter-Sadocco ·
 Dr. med. H. Schreiber · PD Dr. med. habil. J. Bernhards



Antrag auf histologische bzw. zytologische Begutachtung

Ambulant
 Stationär
 Wahlleistung
 Screening

Art und Entnahmestelle des eingesandten Materials

Klinische Diagnose, Befund, Fragestellungen

Vorbefunde

Zusätzliche Übermittlung des Gutachtens an

Bitte freilassen für institutsinterne Bemerkungen

Auspacken	MTA	Zuschnitt	Befunder	Sonstiges
-----------	-----	-----------	----------	-----------

Gynäkologischer Befund

Zyklus regelmäßig
unregelmäßig
 letzte Regel T T M M J J
 Geburten Fehlgeburten
 wann zuletzt T T M M J J
 hormonell vorbehandelt ja
nein
 Ov. Hemmer _____
 z.Z. gravide? ja nein
 Menopause seit J J J J

RIECO Orgaform Altenburg GmbH (03447) 85 19-0 03/11 1.5