

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



## Untersuchungsantrag Gynäkologie

Ambulant   
  Stationär   
  Wahlleistung   
  Screening

Anamnese / Fragestellung    Zusätzl. Übermittlung des Gutachtens an:

Art des übersandten Materials (bitte ankreuzen)			
<input type="checkbox"/> Mamma – Stanzen	<input type="checkbox"/> Mamma – PE re / li	<input type="checkbox"/> Portio	<input type="checkbox"/> Schnellschnitt
<input type="checkbox"/> Lymphknoten	<input type="checkbox"/> Ablatio mammae re / li	<input type="checkbox"/> Vulva	<input type="checkbox"/> Anderes:
<input type="checkbox"/> Uterus	<input type="checkbox"/> Adnexe re / li	<input type="checkbox"/> Vagina	
<input type="checkbox"/> Cervix-Abradat	<input type="checkbox"/> Corpus Abradat	<input type="checkbox"/> Abort / Interruptio	

Letzte Regel  T  T  M  M  J  J   
 Hormonbehandlung \_\_\_\_\_  
 Zyklustyp \_\_\_\_\_

**Entnahmelokalisation**

Gef 1 \_\_\_\_\_

Gef 2 \_\_\_\_\_

Gef 3 \_\_\_\_\_

Gef 4 \_\_\_\_\_

Gef 5 \_\_\_\_\_

**Bitte freilassen für institutsinterne Bemerkungen**

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

**Ggf. Skizzierung der Läsionen**

RIECO Orgaform: Altenburg GmbH (034 47) 85 19-0 03/11 5.6