

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 Unfallsfolgen
 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 HNO / Lunge

Ambulant
 Stationär
 Wahlleistung
 Screening

Anamnese

Gewichtsverlust / Nachtschweiß	Nikotinabusus	Berufserkrankung / Expositionen
Tierkontakt	Medikamente:	Pneumokoniosen

Endoskopischer Befund (bitte ankreuzen)

NNH	Kehlkopf	Trachea / Bronchien re / li	Lunge re / li	Pleura re / li	Entnahme
<input type="checkbox"/> Ulcus / Entzündung	<input type="checkbox"/> Ulcus / Entzündung	<input type="checkbox"/> Ulcus / Entzündung	<input type="checkbox"/> Atelektasen	<input type="checkbox"/> Plaques	<input type="checkbox"/> Transbronchial
<input type="checkbox"/> V. a. Mykose	<input type="checkbox"/> Polypen	<input type="checkbox"/> Polypen	<input type="checkbox"/> Entzündung	<input type="checkbox"/> Erguss	<input type="checkbox"/> Transthorakal
<input type="checkbox"/> Polypen	<input type="checkbox"/> Tumor	<input type="checkbox"/> Tumor	<input type="checkbox"/> Tumor	<input type="checkbox"/> Tumor	<input type="checkbox"/> VATS
<input type="checkbox"/> Tumor					<input type="checkbox"/> Lokalisation (Skizze)

Klinische Fragestellung / Kommentar

Entnahmelokalisation

- PE I
- PE II
- PE III
- PE IV
- PE V
- PE VI
- PE VII

Bitte freilassen für institutsinterne Bemerkungen

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

Ggf. Skizzierung der Läsionen

