

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 Onkologie / Hämatologie

Ambulant Stationär Wahlleistung Screening

Klinische Fragestellung

Material	Labor	Seg
<input type="checkbox"/> Lymphknoten	Leuko	Stab
<input type="checkbox"/> Beckenkammtrepanat	Ery	Meta
<input type="checkbox"/> Blutausstriche	Hb	Myelo
<input type="checkbox"/> Knochenmarksausstriche	Hk	Prom
<input type="checkbox"/> Peripheres Blut / Knochenmarkblut	MCV	Eos
<input type="checkbox"/> Lymphozytensubpopulationen	MCH	Baso
<input type="checkbox"/> Typisierung von Leukämie- / Lymphomzellen	MCHC	Mono
<input type="checkbox"/> Molekulargenetik	Thrombo	Lymph
<input type="checkbox"/> T-Zell-Rezeptor-/Immunglobulinrearrangement	Retic	Blasten
<input type="checkbox"/> Somatische Hypermutation	Ferritin	mm/h BSG
<input type="checkbox"/> Klonalität der Granulozyten (Humara-Gen)	Eisen	CRP

Verdachtsdiagnose	CML	Klinik	Paraproteinämie
<input type="checkbox"/> Akute Leukämie <input type="checkbox"/> Non-Hodgkin-Lymphom	Med./Tox. Schädigung	Anämie	Staging
<input type="checkbox"/> AML <input type="checkbox"/> ALL <input type="checkbox"/> B-NHL <input type="checkbox"/> T-NHL	HIV-Infektion	Zytopenie	Verlaufskontrolle
<input type="checkbox"/> Morbus Hodgkin <input type="checkbox"/> MDS	Plasmazellmyelom	Hepato-/Splenomegalie	Z.n. Chemotherapie
		Lymphknotenvergröß.erg.	Z.n. KMT / PBSCT
		B-Symptomatik	Medikamente:
		Fieber unklarer Genese	

Bitte freilassen für institutsinterne Bemerkungen

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