

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 Haut

Ambulant
 Stationär
 Wahlleistung
 Screening

Anamnese	
Veränderung bekannt seit	
<input type="checkbox"/> schmerzhaft	<input type="checkbox"/> juckend
<input type="checkbox"/> bereits behandelt mit	
Unfallfolge vermutet, wann	
<input type="checkbox"/> Rezidiv am gleichen Ort	<input type="checkbox"/> Rezidiv am anderen Ort
Voroperation(en)	
welche	
wegen	
wann	
Krebsleiden bekannt, seit	
welches Organ(-system)	
Zustand nach Radiatio	wann
Zustand nach Chemotherapie	wann
wie lange	womit

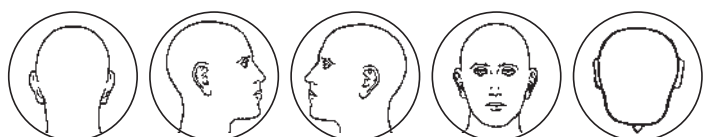
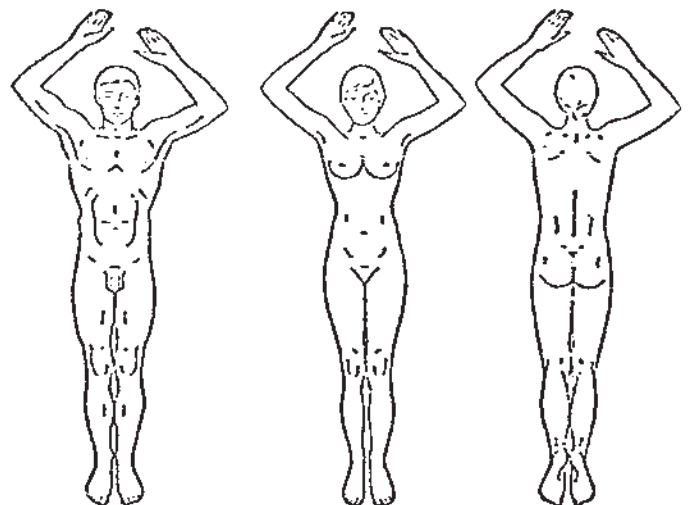
Entnahmetechnik	
<input type="checkbox"/> Teilexzision / PE	<input type="checkbox"/> Elektroexzision / Schlingenbiopsie
<input type="checkbox"/> Exstirpation	<input type="checkbox"/> Shave-Biopsie
<input type="checkbox"/> Stanzbiopsie / Ausstanzung	<input type="checkbox"/> Curettage
<input type="checkbox"/> Vollständige Exzision	

Untersuchungsmaterial	
<i>(Bei größerer OP bitte Bezeichnung von Organ, der Seite und ggf. Tumorausdehnung angeben)</i>	

Bitte freilassen für institutsinterne Bemerkungen				
Auspacken	MTA	Zuschnitt	Befunder	Sonstiges

Ggf. Skizzierung der Läsionen

Bitte Sitz und Ausdehnung der Veränderung sowie Entnahmeort des Gewebes angeben!



RIECO Orgaform Altenburg GmbH (03447) 85 19-0 03/11 3.3