

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 (10.2019)

Institut für Pathologie, Neuropathologie und Molekularpathologie – Hannover-Zentrum

Priv.-Doz. Dr. med. H. Radner · Dr. med. B. Richter-Sadocco ·
Dr. med. H. Schreiber · Dr. med. W. Beschow ·
Priv.-Doz. Dr. med. J. Bernhards · Dr. med. M. Hillemanns



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	<input type="checkbox"/>
	unregelmäßig	<input type="checkbox"/>
letzte Regel	T T M M J J	
Geburten	Fehlgeburten	
wann zuletzt	T T M M J J	
hormonell vorbehandelt	ja	<input type="checkbox"/>
	nein	<input type="checkbox"/>
Ov. Hemmer		
z.Z. gravide?	ja	<input type="checkbox"/>
	nein	<input type="checkbox"/>
Menopause seit	J J J J	

RIECO Orgaform Altenburg GmbH (0 34 47) 85 19 0 03/20 17