

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



## Untersuchungsantrag Gastroenterologie

Ambulant  
  Stationär  
  Wahlleistung  
  Screening

### Medikamenteneinnahme

<input type="checkbox"/> NSAR / ASS	<input type="checkbox"/> PPI-Therapie	<input type="checkbox"/> Cortison
<input type="checkbox"/> Eradikationstherapie	<input type="checkbox"/> Antibiotikaeinnahme	<input type="checkbox"/> 5-ASA

### Endoskopischer Befund (bitte ankreuzen)

Ösoph. / Cardia	Magen	Duodenum	Colon
<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> o.B.
<input type="checkbox"/> Ulcus / Erosionen	<input type="checkbox"/> Ulcus / Erosionen	<input type="checkbox"/> Ulcus / Erosionen	<input type="checkbox"/> Diskontinuierliche Colitis
<input type="checkbox"/> V. a. Soor	<input type="checkbox"/> Atrophie-Zeichen	<input type="checkbox"/> Atrophie-Zeichen	<input type="checkbox"/> Kontinuierliche Colitis
<input type="checkbox"/> Polypen	<input type="checkbox"/> Polypen	<input type="checkbox"/> Polypen	<input type="checkbox"/> Polypen
<input type="checkbox"/> Rote Zunge / V. a. Barrett	<input type="checkbox"/> Tumor	<input type="checkbox"/> Tumor	<input type="checkbox"/> Tumor

### Vorsorge Koloskopie

ja  
  nein

### Klinische Fragestellung / Kommentar

\_\_\_\_\_

### Entnahmelokalisation

PE I  
 PE II  
 PE III  
 PE IV  
 PE V  
 PE VI

### Bitte freilassen für institutsinterne Bemerkungen

<input type="checkbox"/> Auspacken	<input type="checkbox"/> MTA	<input type="checkbox"/> Zuschnitt	<input type="checkbox"/> Befunder	<input type="checkbox"/> Sonstiges
------------------------------------	------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------

### Ggf. Skizzierung der Läsionen