

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

Unfall Unfallfolgen Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2

Überweisung an

Ausführung von Auftragsleistungen Konsiliaruntersuchung Mit-/Weiterbehandlung

eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

Q J J
Geschlecht

T T M M J J W M

AU bis
T T M M J J

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 Gynäkologie

Ambulant Stationär Wahlleistung Screening

Anamnese / Fragestellung Zusätzl. Übermittlung des Gutachtens an:

Art des übersandten Materials (bitte ankreuzen)			
<input type="checkbox"/> Mamma – Stanzen	<input type="checkbox"/> Mamma – PE re / li	<input type="checkbox"/> Portio	<input type="checkbox"/> Schnellschnitt Anderes:
<input type="checkbox"/> Lymphknoten	<input type="checkbox"/> Ablatio mammae re / li	<input type="checkbox"/> Vulva	
<input type="checkbox"/> Uterus	<input type="checkbox"/> Adnexe re / li	<input type="checkbox"/> Vagina	
<input type="checkbox"/> Cervix-Abradat	<input type="checkbox"/> Corpus Abradat	<input type="checkbox"/> Abort / Interruptio	

Letzte Regel T T M M J J Hormonbehandlung

Zyklustyp

Entnahmelokalisation

Gef 1

Gef 2

Gef 3

Gef 4

Gef 5

Bitte freilassen für institutsinterne Bemerkungen

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

Ggf. Skizzierung der Läsionen

RIECO Orgaform: Altenburg GmbH (034 47) 85 19-0 03/20 5.7