

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 Unfallfolgen
 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 Orthopädie

Ambulant
 Stationär
 Wahlleistung
 Screening

Entnahmelokalisation
I
II
III
IV
V
VI

Ggf. Skizzierung der Läsionen

Kommentar / Fragestellung

Bitte freilassen für institutsinterne Bemerkungen

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