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

AU bis

☐ Ausführung von Auftragsleistungen ☐ Konsiliar-untersuchung ☐ Mit-/Weiter-behandlung 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

Priv. Doz. Dr. med. H. Radner · Dr. med. E. Kupsch · Dr. med. W. Beschow · Dr. med. B. Richter-Sadocco · Dr. med. H. Schreiber

phz

DAkkS Deutsche Akkreditierungsstelle D-IS-14369-01-00

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		
	unregelmäßig		
letzte Regel	T T M M J J		
Geburten		Fehlgeburten	
wann zuletzt	T T M M J J		
hormonell vorbehandelt		ja	
		nein	
Ov. Hemmer			
z.Z. gravide?	ja	nein	
Menopause seit	J J J J		

Berliner Allee 48 • 30175 Hannover • Telefon 0511 / 30 77 77 • Fax 0511 / 32 30 41 • info@hannover-pathologie.de

RIECO Orgaform Altenburg GmbH ☎ (0 34 47) 85 19-0 03/11 1.5