

| | | |
|--------------------------------|------------------|---------|
| 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 (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



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 03/11 5.6