

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 (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 HNO / Lunge

Ambulant   
  Stationär   
  Wahlleistung   
  Screening

### Anamnese

Gewichtsverlust / Nachtschweiß	Nikotinabusus	Berufserkrankung / Expositionen
Tierkontakt	Medikamente:	Pneumokoniosen

### Endoskopischer Befund (bitte ankreuzen)

NNH	Kehlkopf	Trachea / Bronchien re / li	Lunge re / li	Pleura re / li	Entnahme
<input type="checkbox"/> Ulcus / Entzündung	<input type="checkbox"/> Ulcus / Entzündung	<input type="checkbox"/> Ulcus / Entzündung	<input type="checkbox"/> Atelektasen	<input type="checkbox"/> Plaques	<input type="checkbox"/> Transbronchial
<input type="checkbox"/> V. a. Mykose	<input type="checkbox"/> Polypen	<input type="checkbox"/> Polypen	<input type="checkbox"/> Entzündung	<input type="checkbox"/> Erguss	<input type="checkbox"/> Transthorakal
<input type="checkbox"/> Polypen	<input type="checkbox"/> Tumor	<input type="checkbox"/> Tumor	<input type="checkbox"/> Tumor	<input type="checkbox"/> Tumor	<input type="checkbox"/> VATS
<input type="checkbox"/> Tumor					<input type="checkbox"/> Lokalisation (Skizze)

### Klinische Fragestellung / Kommentar

\_\_\_\_\_

### Entnahmelokalisation

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

### Bitte freilassen für institutsinterne Bemerkungen

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

### Ggf. Skizzierung der Läsionen

