

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 Onkologie / Hämatologie

Ambulant     Stationär     Wahlleistung     Screening

### Klinische Fragestellung

Material		Labor			Seg
<input type="checkbox"/>	Lymphknoten			Leuko	Stab
<input type="checkbox"/>	Beckenkammtrepanat			Ery	Meta
<input type="checkbox"/>	Blutausstriche			Hb	Myelo
<input type="checkbox"/>	Knochenmarksausstriche			Hk	Prom
<input type="checkbox"/>	Peripheres Blut / Knochenmarkblut			MCV	Eos
<input type="checkbox"/>	Lymphozytensubpopulationen			MCH	Baso
<input type="checkbox"/>	Typisierung von Leukämie- / Lymphomzellen			MCHC	Mono
<input type="checkbox"/>	Molekulargenetik			Thrombo	Lymph
<input type="checkbox"/>	T-Zell-Rezeptor-/Immunglobulinrearrangement			Retic	Blasten
<input type="checkbox"/>	Somatische Hypermutation			Ferritin	mm/h BSG
<input type="checkbox"/>	Klonalität der Granulozyten (Humara-Gen)			Eisen	CRP

### Verdachtsdiagnose

<input type="checkbox"/>	Akute Leukämie	<input type="checkbox"/>	Non-Hodgkin-Lymphom	CML
<input type="checkbox"/>	AML	<input type="checkbox"/>	ALL	Med./Tox. Schädigung
<input type="checkbox"/>	B-NHL	<input type="checkbox"/>	T-NHL	HIV-Infektion
<input type="checkbox"/>	Morbus Hodgkin	<input type="checkbox"/>	MDS	Plasmazellmyelom

### Klinik

<input type="checkbox"/>	Anämie	Paraproteinämie
<input type="checkbox"/>	Zytopenie	Staging
<input type="checkbox"/>	Hepato-/Splenomegalie	Verlaufskontrolle
<input type="checkbox"/>	Lymphknotenvergröß. Berg.	Z.n. Chemotherapie
<input type="checkbox"/>	B-Symptomatik	Z.n. KMT / PBSCT
<input type="checkbox"/>	Fieber unklarer Genese	Medikamente:

### Bitte freilassen für institutsinterne Bemerkungen

<input type="checkbox"/>	Auspacken	<input type="checkbox"/>	MTA	<input type="checkbox"/>	Zuschnitt	<input type="checkbox"/>	Befunder	<input type="checkbox"/>	Sonstiges
--------------------------	-----------	--------------------------	-----	--------------------------	-----------	--------------------------	----------	--------------------------	-----------