

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 Urologie

Ambulant
 Stationär
 Wahlleistung
 Screening

Anamnese / Fragestellung

Art des übersandten Materials (bitte ankreuzen)

<input type="checkbox"/> Prostatastanzen	<input type="checkbox"/> Prostataaspäne	<input type="checkbox"/> RPX	<input type="checkbox"/> Schnellschnitt
<input type="checkbox"/> Blasenspäne	<input type="checkbox"/> Hoden re	<input type="checkbox"/> Hoden li	<input type="checkbox"/> Anderes:
<input type="checkbox"/> Prostataenukleat	<input type="checkbox"/> Niere re	<input type="checkbox"/> Niere li	

Entnahmelokalisation

Gef 1
Gef 2
Gef 3
Gef 4
Gef 5
Gef 6
Gef 7
Gef 8

Ggf. Skizzierung der Läsionen

Prostata

Harnblase

Hoden

Niere

Bitte freilassen für institutsinterne Bemerkungen

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