

Überweisungsschein

06

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Kurativ
 Präventiv
 Behandl. gemäß § 116b SGB V
 bei belegärztl. Behandlung

Unfall Unfallfolgen
 Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2

Überweisung an _____

Ausführung von Auftragsleistungen
 Konsiliaruntersuchung
 Mit-/Weiterbehandlung

eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

Quartal

Geschlecht

AU bis

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 6 (10.2019)

Institut für Pathologie, Neuropathologie und Molekularpathologie – Hannover-Zentrum

Dr. med. B. Richter-Sadocco · Dr. med. H. Schreiber ·
 Dr. med. W. Beschow · Priv.-Doz. Dr. med. J. Bernhards ·
 Dr. med. M. Hillemanns · Dr. med. D. Belder



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: [TTTMMJJJ]

Geburten: Fehlgeburten

wann zuletzt: [TTTMMJJJ]

hormonell vorbehandelt: ja nein

Ov. Hemmer: _____

z.Z. gravide?: ja nein

Menopause seit: [JJJJJ]

RIECO Orgaform Altenburg GmbH © 03447 8519-0 06/21 1.8