

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Überweisungsschein

06
Quartal

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

Unfall Unfallsfolgen Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2

Geschlecht

Überweisung an

Ausführung von Auftragsleistungen Konsiliaruntersuchung Mit-/Weiterbehandlung

AU bis

eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

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



Untersuchungsantrag Gastroenterologie

Ambulant Stationär Wahlleistung Screening

Medikamenteneinnahme

NSAR / ASS	PPI-Therapie	Cortison
Eradikationstherapie	Antibiotikaeinnahme	5-ASA

Endoskopischer Befund (bitte ankreuzen)

Ösoph. / Cardia	Magen	Duodenum	Colon
<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> o.B.
<input type="checkbox"/> Ulcus / Erosionen	<input type="checkbox"/> Ulcus / Erosionen	<input type="checkbox"/> Ulcus / Erosionen	<input type="checkbox"/> Diskontinuierliche Colitis
<input type="checkbox"/> V. a. Soor	<input type="checkbox"/> Atrophie-Zeichen	<input type="checkbox"/> Atrophie-Zeichen	<input type="checkbox"/> Kontinuierliche Colitis
<input type="checkbox"/> Polypen	<input type="checkbox"/> Polypen	<input type="checkbox"/> Polypen	<input type="checkbox"/> Polypen
<input type="checkbox"/> Rote Zunge / V. a. Barrett	<input type="checkbox"/> Tumor	<input type="checkbox"/> Tumor	<input type="checkbox"/> Tumor

Vorsorge Koloskopie

ja nein

Klinische Fragestellung / Kommentar

Entnahmelokalisation

PE I

PE II

PE III

PE IV

PE V

PE VI

Ggf. Skizzierung der Läsionen

Bitte freilassen für institutsinterne Bemerkungen

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

RIECO Orgaform: Altenburg GmbH © 03447 8519-0 06/21 4.0g