

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

## Überweisungsschein

06  
Quartal

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

Unfall Unfallsfolgen    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

### 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

<b>Medikamenteneinnahme</b>	
NSAR / ASS	PPI-Therapie
Eradikationstherapie	Antibiotikaeinnahme
	Cortison
	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

ja     nein    **Vorsorge Koloskopie**

**Klinische Fragestellung / Kommentar**

Entnahmelokalisation	
<input type="checkbox"/>	PE I
<input type="checkbox"/>	PE II
<input type="checkbox"/>	PE III
<input type="checkbox"/>	PE IV
<input type="checkbox"/>	PE V
<input type="checkbox"/>	PE VI

**Ggf. Skizzierung der Läsionen**

**Bitte freilassen für institutsinterne Bemerkungen**

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

FIECO Orgaform Altenburg GmbH reg. 03447 8519-0 06/21 4.5