

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Überweisungsschein

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

06 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



Untersuchungsantrag Gynäkologie

Ambulant Stationär Wahlleistung Screening

Anamnese / Fragestellung Zusätzl. Übermittlung des Gutachtens an:

Art des übersandten Materials (bitte ankreuzen)

<input type="checkbox"/> Mamma – Stanzen	<input type="checkbox"/> Mamma – PE re / li	<input type="checkbox"/> Portio	<input type="checkbox"/> Schnellschnitt
<input type="checkbox"/> Lymphknoten	<input type="checkbox"/> Ablatio mammae re / li	<input type="checkbox"/> Vulva	<input type="checkbox"/> Anderes:
<input type="checkbox"/> Uterus	<input type="checkbox"/> Adnexe re / li	<input type="checkbox"/> Vagina	
<input type="checkbox"/> Cervix-Abradat	<input type="checkbox"/> Corpus Abradat	<input type="checkbox"/> Abort / Interruptio	

Letzte Regel Hormonbehandlung

Zyklustyp

Entnahmelokalisation

Gef 1

Gef 2

Gef 3

Gef 4

Gef 5

Bitte freilassen für institutsinterne Bemerkungen

Auspacken MTA Zuschnitt Befunder Sonstiges

Ggf. Skizzierung der Läsionen

RIECO Orgaform, Altenburg GmbH ☎ 03447 8519-0 06/21 5.8