

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

Geschlecht

Unfall Unfallfolgen   
 Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2

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 Orthopädie

Ambulant   
 Stationär   
 Wahlleistung   
 Screening

Entnahmelokalisation

- I
- II
- III
- IV
- V
- VI

Kommentar / Fragestellung

Bitte freilassen für institutsinterne Bemerkungen

Auspacken    MTA    Zuschnitt    Befunder    Sonstiges

Ggf. Skizzierung der Läsionen

