

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 · 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 02/22 5 8