

Überweisungsschein

06

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

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

Unfall Unfallfolgen Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2

Quartal Geschlecht

Überweisung an _____

Ausführung von Auftragsleistungen Konsiliaruntersuchung Mit-/Weiterbehandlung

eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

AU bis

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 6 (10/2014)

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. Beider



Untersuchungsantrag Haut

Ambulant Stationär Wahlleistung Screening

Anamnese

Veränderung bekannt seit

schmerzhaft juckend blutend (spontan)

bereits behandelt mit _____

Unfallfolge vermutet, wann _____

Rezidiv am gleichen Ort Rezidiv am anderen Ort

Voroperation(en)

welche _____

wegen _____

wann _____

Krebsleiden bekannt, seit _____

welches Organ(-system) _____

Zustand nach Radiatio wann _____

Zustand nach Chemotherapie wann _____

wie lange womit _____

Entnahmetechnik

Teillexision / PE Elektroexzision / Schlingenbiopsie
 Exstirpation Shave-Biopsie
 Stanzbiopsie / Ausstanzung Curettage
 Vollständige Exzision

Untersuchungsmaterial

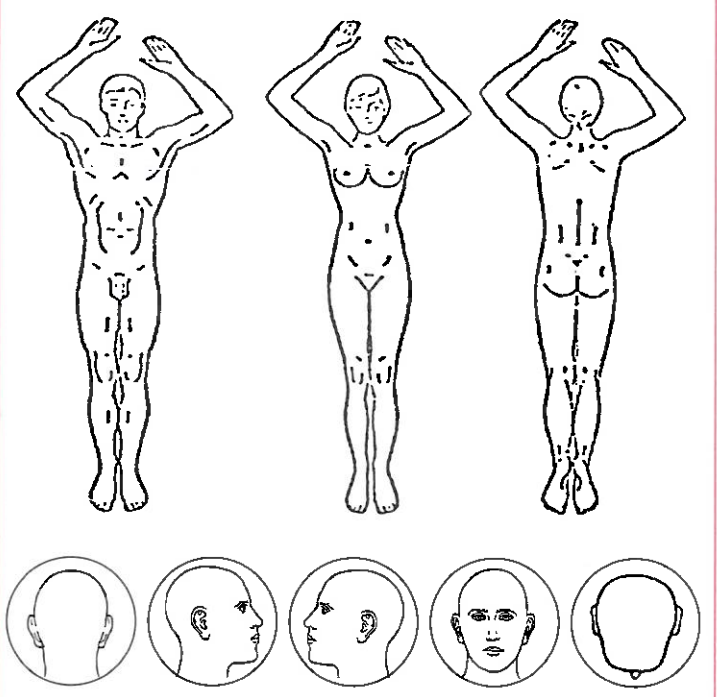
(Bei größerer OP bitte Bezeichnung von Organ, der Seite und ggf. Tumorausdehnung angeben)

Bitte freilassen für institutsinterne Bemerkungen

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

Ggf. Skizzierung der Läsionen

Bitte Sitz und Ausdehnung der Veränderung sowie Entnahmeort des Gewebes angeben!



RIECO Organform Altenburg GmbH 03447 8519-0 04/22 3-4