

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 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

Quartal
Geschlecht

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 Urologie

Ambulant Stationär Wahlleistung Screening

Anamnese / Fragestellung

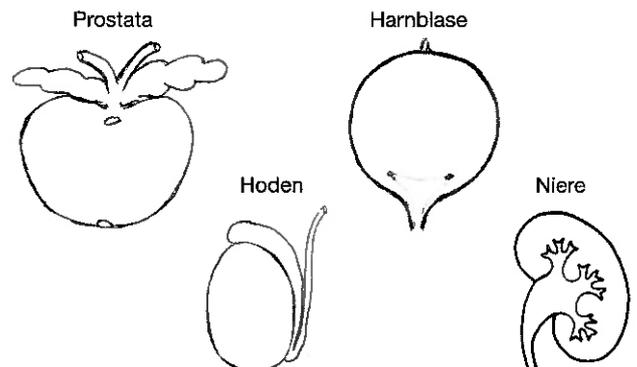
Art des übersandten Materials (bitte ankreuzen)

<input type="checkbox"/> Prostatastanzen	<input type="checkbox"/> Prostataspäne	<input type="checkbox"/> RPX	<input type="checkbox"/> Schnellschnitt
<input type="checkbox"/> Blasenspäne	<input type="checkbox"/> Hoden re	<input type="checkbox"/> Hoden li	<input type="checkbox"/> Anderes:
<input type="checkbox"/> Prostataenukleat	<input type="checkbox"/> Niere re	<input type="checkbox"/> Niere li	

Entnahmelokalisation

- Gef 1
- Gef 2
- Gef 3
- Gef 4
- Gef 5
- Gef 6
- Gef 7
- Gef 8

Ggf. Skizzierung der Läsionen



Bitte freilassen für institutsinterne Bemerkungen

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