

|                                |                  |        |
|--------------------------------|------------------|--------|
| 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 · Dr. med. M. Hillemanns ·  
 Dr. med. D. Belder



## Antrag auf histologische bzw. zytologische Begutachtung

Ambulant  
  Stationär  
  Wahlleistung  
  Screening

### Art und Entnahmestelle des eingesandten Materials

\_\_\_\_\_

### Klinische Diagnose, Befund, Fragestellungen

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### Vorbefunde

\_\_\_\_\_

### Zusätzliche Übermittlung des Gutachtens an

\_\_\_\_\_

### Bitte freilassen für institutsinterne Bemerkungen

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

### Gynäkologischer Befund

|                        |              |                          |
|------------------------|--------------|--------------------------|
| Zyklus                 | regelmäßig   | <input type="checkbox"/> |
|                        | unregelmäßig | <input type="checkbox"/> |
| letzte Regel           |              | <input type="checkbox"/> |
| Geburten               | Fehlgeburten | <input type="checkbox"/> |
| wann zuletzt           |              | <input type="checkbox"/> |
| hormonell vorbehandelt | ja           | <input type="checkbox"/> |
|                        | nein         | <input type="checkbox"/> |
| Ov. Hemmer             |              | <input type="checkbox"/> |
| z.Z. gravide?          | ja           | <input type="checkbox"/> |
|                        | nein         | <input type="checkbox"/> |
| Menopause seit         |              | <input type="checkbox"/> |