

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr.      Versicherten-Nr.      Status

Betriebsstätten-Nr.      Arzt-Nr.      Datum

## Überweisungsschein

06

Quartal

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

Q J J

Geschlecht

Unfall Unfallfolgen    Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2

T T M M J J    W M

Überweisung an

Ausführung von Auftragsleistungen     Konsiliaruntersuchung     Mit-/Weiterbehandlung

AU bis

T T M M J J

eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

### Diagnose/Verdachtsdiagnose

### Befund/Medikation

### Auftrag

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 6 (4.2011)

## 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 HNO / Lunge

Ambulant     Stationär     Wahlleistung     Screening

### Anamnese

Gewichtsverlust / Nachtschweiß	Nikotinabusus	Berufserkrankung / Expositionen
Tierkontakt	Medikamente:	Pneumokoniosen

### Endoskopischer Befund (bitte ankreuzen)

NNH	Kehlkopf	Trachea / Bronchien re / li	Lunge re / li	Pleura re / li	Entnahme
<input type="checkbox"/> Ulcus / Entzündung	<input type="checkbox"/> Ulcus / Entzündung	<input type="checkbox"/> Ulcus / Entzündung	<input type="checkbox"/> Atelektasen	<input type="checkbox"/> Plaques	<input type="checkbox"/> Transbronchial
<input type="checkbox"/> V. a. Mykose	<input type="checkbox"/> Polypen	<input type="checkbox"/> Polypen	<input type="checkbox"/> Entzündung	<input type="checkbox"/> Erguss	<input type="checkbox"/> Transthorakal
<input type="checkbox"/> Polypen	<input type="checkbox"/> Tumor	<input type="checkbox"/> Tumor	<input type="checkbox"/> Tumor	<input type="checkbox"/> Tumor	<input type="checkbox"/> VATS
<input type="checkbox"/> Tumor					<input type="checkbox"/> Lokalisation (Skizze)

### Klinische Fragestellung / Kommentar

### Entnahmelokalisation

PE I

PE II

PE III

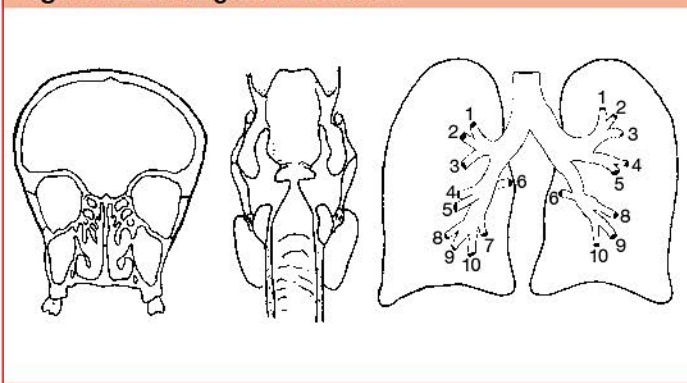
PE IV

PE V

PE VI

PE VII

### Ggf. Skizzierung der Läsionen



### Bitte freilassen für institutsinterne Bemerkungen

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