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

AU bis

☐ Ausführung von Auftragsleistungen ☐ Konsiliar-untersuchung ☐ Mit-/Weiter-behandlung

☐ 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

phz

Untersuchungsantrag Gastroenterologie

☐ **Ambulant** ☐ **Stationär** ☐ **Wahlleistung** ☐ **Screening**

Medikamenteneinnahme

☐ NSAR / ASS	☐ PPI-Therapie	☐ Cortison
☐ Eradikationstherapie	☐ Antibiotikaeinnahme	☐ 5-ASA

Endoskopischer Befund (bitte ankreuzen)

Ösoph. / Cardia	Magen	Duodenum	Colon
☐ o.B.	☐ o.B.	☐ o.B.	☐ o.B.
☐ Ulcus / Erosionen	☐ Ulcus / Erosionen	☐ Ulcus / Erosionen	☐ Diskontinuierliche Colitis
☐ V. a. Soor	☐ Atrophie-Zeichen	☐ Atrophie-Zeichen	☐ Kontinuierliche Colitis
☐ Polypen	☐ Polypen	☐ Polypen	☐ Polypen
☐ Rote Zunge / V. a. Barrett	☐ Tumor	☐ Tumor	☐ Tumor

Vorsorge Koloskopie

☐ ja ☐ nein

Klinische Fragestellung / Kommentar

Entnahmelokalisation

PE I

PE II

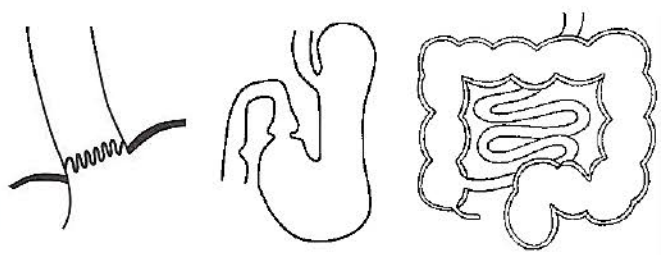
PE III

PE IV

PE V

PE VI

Ggf. Skizzierung der Läsionen



Bitte freilassen für institutsinterne Bemerkungen

Auspacken	MTA	Zuschnitt	Befunder	Sonstiges

Berliner Allee 48 · 30175 Hannover · Telefon 0511 / 30 77 77 · Fax 0511 / 32 30 41 · info@hannover-pathologie.de

RECO Orgaform Altenburg GmbH ☎ 03447 8519-0 02/22 4.0g