

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

Überweisungsschein

06

Quartal

<input type="checkbox"/> Kurativ	<input type="checkbox"/> Präventiv	<input type="checkbox"/> Behandl. gemäß § 116b SGB V	<input type="checkbox"/> bei belegärztl. Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Unfall Unfallfolgen	Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Überweisung an _____

<input type="checkbox"/> Ausführung von Auftragsleistungen	<input type="checkbox"/> Konsiliaruntersuchung	<input type="checkbox"/> Mit-/Weiterbehandlung	AU bis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V							

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

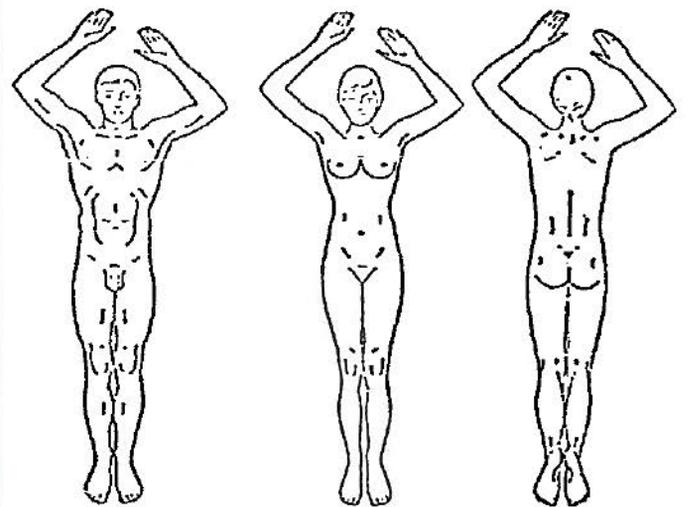
<input type="checkbox"/> Ambulant	<input type="checkbox"/> Stationär	<input type="checkbox"/> Wahlleistung	<input type="checkbox"/> Screening
-----------------------------------	------------------------------------	---------------------------------------	------------------------------------

Anamnese

Veränderung bekannt seit		
<input type="checkbox"/> schmerzhaft	<input type="checkbox"/> juckend	<input type="checkbox"/> blutend (spontan)
<input type="checkbox"/> bereits behandelt mit		
Unfallfolge vermutet, wann		
<input type="checkbox"/> Rezidiv am gleichen Ort	<input type="checkbox"/> 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	

Ggf. Skizzierung der Läsionen

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



Entnahmetechnik

<input type="checkbox"/> Teilexzision / PE	<input type="checkbox"/> Elektroexzision / Schlingenbiopsie
<input type="checkbox"/> Exstirpation	<input type="checkbox"/> Shave-Biopsie
<input type="checkbox"/> Stanzbiopsie / Ausstanzung	<input type="checkbox"/> Curettage
<input type="checkbox"/> 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
-----------	-----	-----------	----------	-----------

