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 ☐ Konsiliar-untersuchung ☐ Mit-/Weiter-behandlung

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

phz

Untersuchungsantrag Orthopädie

☐ Ambulant ☐ Stationär ☐ Wahlleistung ☐ Screening

Entnahmelokalisation

I

II

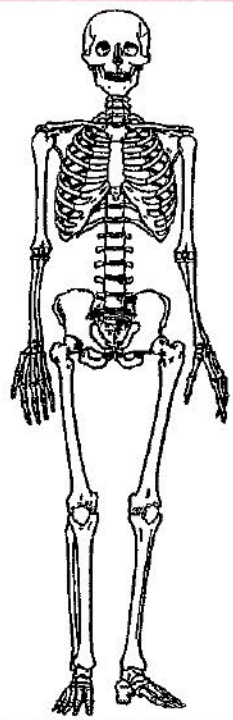
III

IV

V

VI

Ggf. Skizzierung der Läsionen



Kommentar / Fragestellung

Bitte freilassen für institutsinterne Bemerkungen

Auspacken	MTA	Zuschnitt	Befunder	Sonstiges

RIECO Orgaform Altenburg GmbH ☎ 03447 8519-0 04/22 7.5

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