

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

Unfall Unfällefolgen
 Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2

Überweisung an _____

Ausführung von Auftragsleistungen
 Konsiliaruntersuchung
 Mit-/Weiterbehandlung

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



Untersuchungsantrag Urologie

Ambulant
 Stationär
 Wahleistung
 Screening

Anamnese / Fragestellung

Art des übersandten Materials (bitte ankreuzen)

<input type="checkbox"/> Prostatastanzen	<input type="checkbox"/> Prostataspäne	<input type="checkbox"/> RPX	<input type="checkbox"/> Schnellschnitt
<input type="checkbox"/> Blasenspäne	<input type="checkbox"/> Hoden re	<input type="checkbox"/> Hoden li	<input type="checkbox"/> Anderes:
<input type="checkbox"/> Prostataeukleat	<input type="checkbox"/> Niere re	<input type="checkbox"/> Niere li	

Entnahmelokalisation

Gef 1
 Gef 2
 Gef 3
 Gef 4
 Gef 5
 Gef 6
 Gef 7
 Gef 8

Ggf. Skizzierung der Läsionen

Prostata Harnblase

 Hoden Niere

Bitte freilassen für institutsinterne Bemerkungen

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