

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Eintrag nur bei Weiterüberweisung!
Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers Arzt-Nr. des Erstveranlassers

☐ Befund eilt, Übermittlung an ☐ Telefon ☐ Fax Nr. _____

Überweisungsschein für in-vitro-diagnostische Auftragsleistungen

☐ Kurativ ☐ Präventiv ☐ bei belegärztl. Behandlung ☐ Unfall, Unfallfolgen

Auftragsnummer des Labors

Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

Abnahmedatum

Abnahmezeit

SSW

Knappschafts-kennziffer

Quartal

Geschlecht

☐ Kontrolluntersuchung bekannte Infektion

☐ SER

☐ eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

☐ Empfangnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

Muster 10 (4/2024)

Institut für Pathologie, Neuropathologie und Molekularpathologie - Hannover-Zentrum

Dr. med. B. Richter-Sadocco · Dr. med. W. Beschow ·
Dr. med. M. Hillemanns · Dr. med. D. Belder ·
Dr. med. A. Derwijsch



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

Klinische Fragestellung / Kommentar

Entnahmelokalisation

PE I
PE II
PE III
PE IV
PE V
PE VI

Bitte freilassen für institutsinterne Bemerkungen

Auspacken MTA Zuschnitt Befunder Sonstiges

Ggf. Skizzierung der Läsionen

