



Überweisungsschein für in-vitro-diagnostische Auftragsleistungen

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

Kurativ Präventiv bei belegärztl. Behandlung Unfall, Unfallfolgen

Auftragsnummer des Labors

Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett ankleben!

Knappschafts-kennziffer Quartal

Kontrolluntersuchung bekannte Infektion Geschlecht

Abnahmedatum Abnahmezeit

SSW

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

Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

Befund eilt, Übermittlung an Telefon Fax Nr. _____

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag



Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen

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. Derwiysh



Untersuchungsantrag Gastroenterologie

Ambulant Stationär Wahleistung Screening

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

Endoskopischer Befund (bitte ankreuzen)			
Ösoph. / Cardia	Magen	Duodenum	Colon
<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> o.B.
<input type="checkbox"/> Ulcus / Erosionen	<input type="checkbox"/> Ulcus / Erosionen	<input type="checkbox"/> Ulcus / Erosionen	<input type="checkbox"/> Diskontinuierliche Colitis
<input type="checkbox"/> V. a. Soor	<input type="checkbox"/> Atrophie-Zeichen	<input type="checkbox"/> Atrophie-Zeichen	<input type="checkbox"/> Kontinuierliche Colitis
<input type="checkbox"/> Polypen	<input type="checkbox"/> Polypen	<input type="checkbox"/> Polypen	<input type="checkbox"/> Polypen
<input type="checkbox"/> Rote Zunge / V. a. Barrett	<input type="checkbox"/> Tumor	<input type="checkbox"/> Tumor	<input type="checkbox"/> Tumor

Klinische Fragestellung / Kommentar

Entnahmelokalisation	
<input type="checkbox"/> PE I	
<input type="checkbox"/> PE II	
<input type="checkbox"/> PE III	
<input type="checkbox"/> PE IV	
<input type="checkbox"/> PE V	
<input type="checkbox"/> PE VI	

Ggf. Skizzierung der Läsionen

Bitte freilassen für institutsinterne Bemerkungen				
Auspacken	MTA	Zuschnitt	Befunder	Sonstiges

FIECO Orgaform Altenburg GmbH · 03447 8519-0 · 01/25 · 4.7