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

Überweisungsschein für in-vitro-diagnostische Auftragsleistungen

10

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

Auftragsnummer des Labors

Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

Knappschafts-kennziffer

Quartal

Geschlecht

☐ Kontrolluntersuchung bekannte Infektion

☐ SER

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

Abnahmedatum

Abnahmezeit

SSW

☐ Empfangnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

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

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen

Muster 10 (4.2024)

RECO Orgaform Altenburg GmbH ☎ 03447 8519 0 01/25 1.11

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

phz

Antrag auf histologische bzw. zytologische Begutachtung

☐ **Ambulant** ☐ **Stationär** ☐ **Wahlleistung** ☐ **Screening**

Art und Entnahmestelle des eingesandten Materials

Klinische Diagnose, Befund, Fragestellungen

Vorbefunde

Zusätzliche Übermittlung des Gutachtens an

Bitte freilassen für institutsinterne Bemerkungen

Auspacken	MTA	Zuschnitt	Befunder	Sonstiges

Gynäkologischer Befund

Zyklus	regelmäßig	☐
	unregelmäßig	☐
letzte Regel		
Geburten	Fehlgeburten	
wann zuletzt		
hormonell vorbehandelt	ja	☐
	nein	☐
Ov. Hemmer		
z.Z. gravide?	ja ☐	nein ☐
Menopause seit		

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