

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!

Knappschachtskennziffer Quartal

Kontrolluntersuchung bekannte Infektion Geschlecht

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

Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

Abnahmedatum Abnahmezeit

SSW

Befund eilt, Übermittlung an  Telefon  Fax Nr. \_\_\_\_\_

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag



Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

*Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schulerunfällen*

Muster 10 (4.2024)

## 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     Wahlleistung     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"/> Prostataenukleat	<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**

re li

**Bitte freilassen für institutsinterne Bemerkungen**

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