

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Überweisungsschein

06

Kurativ Präventiv Behandl. gemäß § 116b SGB V bei belegärztl. Behandlung

Unfall Unfallfolgen 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

Quartal

Geschlecht

AU bis

**Barcode-Etikett
bitte hier einkleben**

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Befundkopie an

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Gemeinschaftspraxis für Pathologie · Berlin
Dr. med. T. Gaul · A. Switala · Dr. med. M. Koch

Antrag auf histologische Begutachtung – Gastroenterologie

Datum der Entnahme	<input type="checkbox"/> präventiv <input type="checkbox"/> kurativ	Relevante Vorbefunde
--------------------	--	----------------------

Medikamenteneinnahme			
<input type="checkbox"/> NSAR / ASS	<input type="checkbox"/> PPI-Therapie	<input type="checkbox"/> Eradikationstherapie	<input type="checkbox"/>

Endoskopischer Befund (bitte ankreuzen)			
Ösophagus / 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"/> Reflux	<input type="checkbox"/> Polypen	<input type="checkbox"/> Polypen	<input type="checkbox"/> Hyperplasie
<input type="checkbox"/> Rote Zunge / V. a. Barrett	<input type="checkbox"/> HP-Aspekt	<input type="checkbox"/> Diarrhoe-Diagnostik	<input type="checkbox"/> Adenom
<input type="checkbox"/> Tumor	<input type="checkbox"/> Tumor	<input type="checkbox"/> Tumor	<input type="checkbox"/> Tumor

Entnahmelokalisation / Kommentar	Ggf. Skizzierung der Läsionen
I	
II	
III	
IV	
V	
VI	

Gewünschtes Versandmaterial		
<input type="checkbox"/> Versandtüten / Plastiktütchen	<input type="checkbox"/> Untersuchungsanträge	<input type="checkbox"/> Sonstiges:
<input type="checkbox"/> kleine / große Gefäße	<input type="checkbox"/> Objektträger / -hüllen	