

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



Kurativ     Präventiv     bei belegärztl. Behandlung     Unfall, Unfallfolgen

**Auftragsnummer des Labors**

Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

Knappschafts-kennziffer 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 Schülerunfällen

Muster 10 (4.2024)

## Antrag auf histologische Begutachtung – Gastroenterologie

## PATHOTRES Gemeinschaftspraxis für Pathologie und Neuropathologie

Dres. med. A. Perez-Cantó, A. Theallier-Jankó, M. Grünbaum, Prof. C. Loddenkemper

Teltowkanalstr. 2  
12247 Berlin

Tel.: (030) 644 988 210  
Fax: (030) 644 988 250

mail: pathologie@pathotres.de  
web: www.pathotres.de



### Relevante Vorbefunde

### Medikamenteneinnahme

<input type="checkbox"/> NSAR / ASS	<input type="checkbox"/> PPI-Therapie	<input type="checkbox"/> Eradikationstherapie
<input type="checkbox"/> Kortison	<input type="checkbox"/> Antibiotikaeinnahme	<input type="checkbox"/> 5-ASA

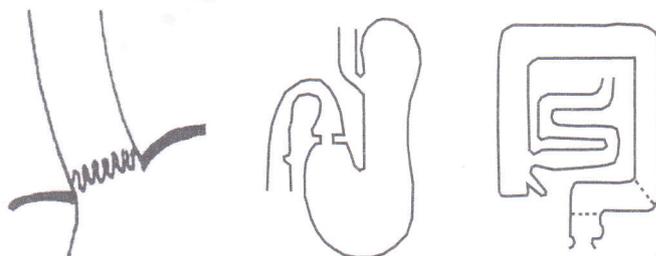
### Endoskopischer Befund (bitte ankreuzen)

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

I
II
III
IV
V
VI

### Ggf. Skizzierung der Läsionen



### gewünschtes Versandmaterial

kleine / große Gefäße     Versandbeutel     Sonstiges: