



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 einkleben!

Knappschafts-kennziffer Quartal

Kontrolluntersuchung bekannte Infektion Geschlecht

Abnahmedatum Abnahmezeit

SSW

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

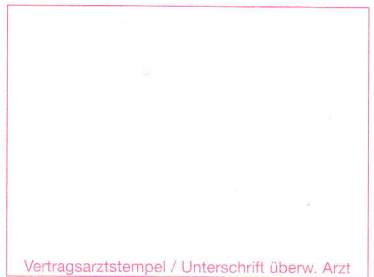
Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

Befund eilt, Übermittlung an Telefon Fax Nr. _____

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag



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. Lodenkemper
 Teltowkanalstr. 2 Tel.: (030) 644 988 210 mail: pathologie@pathotres.de
 12247 Berlin Fax: (030) 644 988 250 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

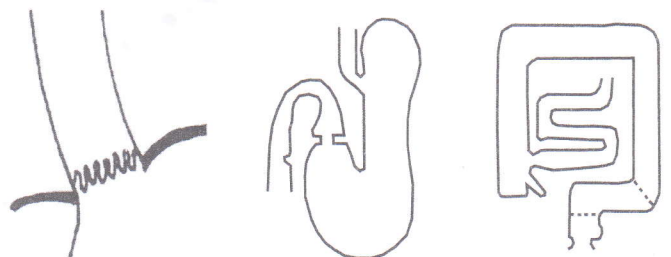
Endoskopischer Befund (bitte ankreuzen)

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: _____