



## Überweisungsschein für in-vitro-diagnostische Auftragsleistungen

Kurativ   
  Präventiv   
  bei belegärztl. Behandlung   
  Unfall, Unfallfolgen

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Kostenträgerkennung    Versicherten-Nr.    Status

Betriebsstätten-Nr.    Arzt-Nr.    Datum

**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

**Eintrag nur bei Weiterüberweisung!**

Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers    Arzt-Nr. des Erstveranlassers

Abnahmedatum Abnahmezeit

T T M M J J    h h m m

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)

## Gastroenterologie

Kommissarische Leitung Prof. Dr. med. Carolin Mogler  
 Institut für Allgemeine Pathologie und Pathologische Anatomie der TUM  
 Trogerstraße 18 · 81675 München · Tel. (089) 4140-4161 · Fax (089) 4140-4865  
**Tel. Befundabfrage: (089) 4140-4176 Montag – Freitag: 9:00 – 16:00 Uhr**



Endoskopischer Befund (bitte ankreuzen)			
Ösoph./ 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/Erosion	<input type="checkbox"/> Gastritis	<input type="checkbox"/> Ulcus/Erosion	<input type="checkbox"/> Diskontinuierliche Colitis
<input type="checkbox"/> V. a. SOOR	<input type="checkbox"/> Ulcus/Erosion	<input type="checkbox"/> Atrophie-Zeichen	<input type="checkbox"/> Kontinuierliche Colitis
<input type="checkbox"/> Rote Zunge/V. a. Barrett	<input type="checkbox"/> Atrophie-Zeichen	<input type="checkbox"/> Polypen	<input type="checkbox"/> Polypen
<input type="checkbox"/> Tumor	<input type="checkbox"/> Tumor	<input type="checkbox"/> Tumor	<input type="checkbox"/> Tumor

Entnahmelokalisation	Ggf. Skizzierung der Läsionen
PE I	
PE II	
PE III	
PE IV	
PE V	
PE VI	
PE VII	
PE VIII	
PE IX	
PE X	
PE XI	
PE XII	

Medikamenteneinnahme		
<input type="checkbox"/> NSAR/ASS	<input type="checkbox"/> PPI-Therapie	<input type="checkbox"/> Cortison
<input type="checkbox"/> Eradikationstherapie	<input type="checkbox"/> Antibiotikaeinnahme	<input type="checkbox"/> Z. n. CTX/RTX/RCTX

**Klinische Fragestellung / Weitere Angaben**