



Überweisungsschein für in-vitro-diagnostische Auftragsleistungen

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Kurativ Präventiv bei belegärztl. Behandlung Unfall, Unfallfolgen

Auftragsnummer des Labors

Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

Knappschafts-kennziffer Quartal

Kontrolluntersuchung bekannte Infektion Geschlecht

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

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)

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