



## 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)

## Urologie

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**



Art des übersandten Materials (bitte ankreuzen)			
<input type="checkbox"/> Prostatastanzen	<input type="checkbox"/> Harnblase	<input type="checkbox"/> Niere links	<input type="checkbox"/> Anderes:
<input type="checkbox"/> Prostataaspäne	<input type="checkbox"/> Hoden rechts	<input type="checkbox"/> Harnleiter rechts	
<input type="checkbox"/> Prostataeukleat	<input type="checkbox"/> Hoden links	<input type="checkbox"/> Harnleiter links	
<input type="checkbox"/> Prostataektomie	<input type="checkbox"/> Niere rechts	<input type="checkbox"/> Harnröhre	

Entnahmelokalisationen		Ggf. Skizzierung
Gef. 1	Gef. 8	
Gef. 2	Gef. 9	
Gef. 3	Gef. 10	
Gef. 4	Gef. 11	
Gef. 5	Gef. 12	
Gef. 6	Gef. 13	
Gef. 7	Gef. 14	

**Anamnese / Klinische Fragestellung**

**Bisherige Therapie** (insbesondere Hormon-/ Chemotherapie oder Bestrahlung)