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

10

☐ Kurativ ☐ Präventiv ☐ bei belegärztl. Behandlung ☐ Unfall, Unfallfolgen

Auftragsnummer des Labors

Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

Knappschafts-kennziffer

Quartal Q J J

Geschlecht

☐ Kontrolluntersuchung bekannte Infektion

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

☐ SER

☐ Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

Abnahmedatum T T M M J J

Abnahmezeit 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)

Antrag auf gynäkologisch zytologische Begutachtung

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

DAkkS Deutsche Akkreditierungsstelle D-IS-14063-01-00

☐ Ambulant ☐ Stationär ☐ Kasse ☐ Privat ☐ POST B ☐ KVB

Art und Entnahmestelle des eingesandten Materials

Organcode | CF

Eingangsdatum: _____ ☐ Infektiöses Material: _____

Klinische Diagnose (oder kurze Befundbeschreibung) (bei Hormonbehandlung bitte Dosierung und Medikationsdauer angeben)

LR:
oder Menopause:
Path. gynäkolog. Blutung:
Fragestellung: ☐ Karzinom ☐ Funktion ☐ HPV
Entnahmeort: ☐ Portio ☐ CK ☐ hint./seitl. Scheidenwand ☐ Vulva ☐ Scheidenabschluß

Intrauterinpesser:
OH Einnahme:
Strahlenbehandlung:
Technik: ☐ Watteträger ☐ Bürste ☐ Spatel

Bisherige Therapie (Zytostatica, Hormone, Strahlenbehandlung)

Pathologische Vorbegutachtung Nummer

/

Zusätzliche Übermittlung des Gutachtens an

Datum, Unterschrift

Path. E_Z2 Antrag auf gynäkologisch zytologische Begutachtung_240313

Musterversion