

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Überweisungsschein

06
Quartal

Kurativ
 Präventiv
 Behandl. gemäß § 116b SGB V
 bei belegärztl. Behandlung

Q J J
 Geschlecht

Unfall Unfallfolgen
 Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2

T T M M J J

Überweisung an _____

Ausführung von Auftragsleistungen
 Konsiliaruntersuchung
 Mit-/Weiterbehandlung

AU bis
T T M M J J

eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 6 (10.2019)

Gynäkologie

Univ.-Prof. Dr. med. Wilko Weichert
 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"/> Mamma - Stanzen	<input type="checkbox"/> Mamma - PE re	<input type="checkbox"/> Mamma - PE li	<input type="checkbox"/> Anderes:
<input type="checkbox"/> Lymphknoten	<input type="checkbox"/> Ablatio mammae re	<input type="checkbox"/> Ablatio mammae li	
<input type="checkbox"/> Uterus	<input type="checkbox"/> Adnexe re	<input type="checkbox"/> Adnexe li	
<input type="checkbox"/> Cervix-Abbradat	<input type="checkbox"/> Corpus Abradat	<input type="checkbox"/> Abort	
<input type="checkbox"/> Schnellschnitt			

Entnahmelokalisation

Gef. 1	Gef. 6	Ggf. Skizzierung der Läsion
Gef. 2	Gef. 7	
Gef. 3	Gef. 8	
Gef. 4	Gef. 9	
Gef. 5	Gef. 10	

Anamnese / Fragestellung

Letzte Regel T T M M J J
 Zyklustyp _____
 Hormonbehandlung _____