

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

Quartal:
 Geschlecht:

Unfall Unfallfolgen
 Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2:

Überweisung an

Ausführung von Auftragsleistungen
 Konsiliaruntersuchung
 Mit-/Weiterbehandlung

AU bis

eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 6 (10.2019)

Gastroenterologie

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



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 VII		
PE II	PE VIII		
PE III	PE IX		
PE IV	PE X		
PE V	PE XI		
PE VI	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