

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)

Urologie

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"/> 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"/> Prostataenukleat	<input type="checkbox"/> Hoden links	<input type="checkbox"/> Harnleiter links	
<input type="checkbox"/> Prostataektomie	<input type="checkbox"/> Niere rechts	<input type="checkbox"/> Harnröhre	

Entnahmelokalisationen

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

Ggf. Skizzierung

Anamnese / Klinische Fragestellung

Bisherige Therapie (insbesondere Hormon-/Chemotherapie oder Bestrahlung)

