

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)

Antrag auf gynäkologisch zytologische Begutachtung

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



Deutsche
 Akkreditierungsstelle
 D-IS-14063-01-00

Ambulant
 Stationär
 Kasse
 Privat
 POST B
 KVB

Art und Entnahmestelle des eingesandten Materials

Eingangsdatum: _____ Infektiöses Material: _____

Organcode _____ CF _____

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

LR: _____ Intrauterinpessar: _____
 oder Menopause: _____ OH Einnahme: _____
 Path. gynäkolog. Blutung: _____ Strahlenbehandlung: _____
 Fragestellung: Karzinom Funktion HPV Technik: Watteträger Bürste Spatel
 Entnahmeort: Portio CK hint./seitl. Scheidenwand Vulva Scheidenabschluß

Bisherige Therapie (Zytostatica, Hormone, Strahlenbehandlung)

Pathologische Vorbegutachtung Nummer _____ / _____

Zusätzliche Übermittlung des Gutachtens an _____

Datum, Unterschrift