

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

Überweisungsschein

06

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

Unfall Unfallfolgen Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2

Überweisung an _____

Ausführung von Auftragsleistungen Konsiliaruntersuchung Mit-/Weiterbehandlung

eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 6 (10.2014)

Pathologisches Institut

Direktor:
Prof. Dr. med. Arndt Hartmann

Leitung Zytologie:
PD Dr. med. Carol Geppert (MIAC)

Zytologische Anforderung

Urogenital-, Gynäko-, Mamma- und Molekularpathologie

Befundauskunft: 09131/85-32855

Uniklinikum
Erlangen

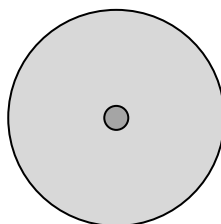
Barcode

vom Institut auszufüllen Labor	1. Ausgepackt von:	Anforderung: HPV-Diagnostik <input type="checkbox"/> ja
Infektiöse Erkrankungen/Verdacht auf? <input type="checkbox"/> ja _____ <input type="checkbox"/> nein	2. Anzahl/Inhalt:	
	3. Zuschnitt:	HPV geimpft: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	4. Abgegeben von:	Letztes HPV-Ergebnis: _____
	5. Abgerechnet von:	

Frühere Abstriche (Nr. und Befund):

Letzte Periode:	Blutung nach Menopause	Unterleibsbestrahlung (Jahr):
Menopause:	Uterus in toto entfernt	Cytostase:
Gravidität: _____ SSW	beide Ovarien entfernt	
Ovulationshemmer: _____ IUP	Östrogentherapie:	

Klin. Diagnose:



- nicht suspekt
- Entzündung
- Polyp
- suspekter Bezirk
- Blut bei Berührung
- Blutung aus CK

Zytologischer Befund

Zellenmaterial nicht verwertbar
Endozervikale Zellen

vorhanden nicht vorhanden

Proliferationsgrad _____

- Döderleinflora Mischflora
- Kokkenflora Trichomonaden
- Candida Gardnerella

Gruppe: _____

Bemerkungen: _____

Empfehlung:

- zytologische Kontrolle**
 - nach Entzündungsbehandlung
 - nach Östrogenbehandlung
 - nach _____
- histologische Klärung**

Vertragsarztstempel/Unterschrift
des zytologisch tätigen Arztes

Hinweis: Alle dickumrandeten Felder müssen vollständig ausgefüllt sein, damit eine zeitnahe Bearbeitung erfolgen kann.

