

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Eintrag nur bei Weiterüberweisung!

Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers

Arzt-Nr. des Erstveranlassers

☐ Befund eilt, Übermittlung an

☐ Telefon

☐ Fax

Nr. \_\_\_\_\_

# Überweisungsschein für in-vitro-diagnostische Auftragsleistungen

☐ Kurativ

☐ Präventiv

☐ bei belegärztl. Behandlung

☐ Unfall, Unfallfolgen

Auftragsnummer des Labors

Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

Knappschafts-kennziffer

Quartal

Geschlecht

☐ Kontrolluntersuchung bekannte Infektion

☐ eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

☐ SER

☐ Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

Abnahmedatum

Abnahmezeit

SSW

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen

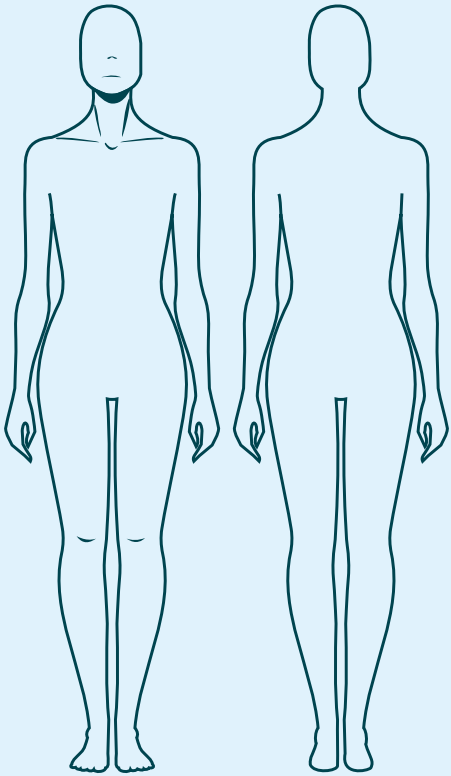
Muster 10 (4.2024)



## Begutachtungsauftrag Histologie/Zytologie (GKV)

| Nr. (Probe) | Materialart | Entnahmeort |
|-------------|-------------|-------------|
| 1.          |             |             |
| 2.          |             |             |
| 3.          |             |             |
| 4.          |             |             |
| 5.          |             |             |
| 6.          |             |             |
| 7.          |             |             |
| 8.          |             |             |
| 9.          |             |             |
| 10.         |             |             |

Bemerkung



Nur von Pathologie auszufüllen

Begutachtungsauftrag Histologie/Zytologie | Prostata

BITTE ANKREUZEN!

| Stanzmaterial<br>enthalten   | Entnahmeort |     | Hinweise                |
|------------------------------|-------------|-----|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1.  | LINKS       | BL  | Basis links             |
| <input type="checkbox"/> 2.  |             | BLL | Basis lateral links     |
| <input type="checkbox"/> 3.  |             | ML  | Mitte links             |
| <input type="checkbox"/> 4.  |             | TL  | Transitionalzone links  |
| <input type="checkbox"/> 5.  |             | MLL | Mitte lateral links     |
| <input type="checkbox"/> 6.  |             | AL  | Apex links              |
| <input type="checkbox"/> 7.  | RECHTS      | BR  | Basis rechts            |
| <input type="checkbox"/> 8.  |             | BLR | Basis lateral rechts    |
| <input type="checkbox"/> 9.  |             | MR  | Mitte rechts            |
| <input type="checkbox"/> 10. |             | TR  | Transitionalzone rechts |
| <input type="checkbox"/> 11. |             | MLR | Mitte lateral rechts    |
| <input type="checkbox"/> 12. |             | AR  | Apex rechts             |
| <input type="checkbox"/> 13. | SB          | SBL | Samenblase links        |
| <input type="checkbox"/> 14. |             | SBR | Samenblase rechts       |
| <input type="checkbox"/> 15. | ZUSATZ      | Z1  | Zusatz 1                |
| <input type="checkbox"/> 16. |             | Z2  | Zusatz 2                |
| <input type="checkbox"/> 17. |             | Z3  | Zusatz 3                |
| <input type="checkbox"/> 18. |             | Z4  | Zusatz 4                |

Diagram illustrating the prostate sampling zones (1-12) and the location of the seminal vesicles (13-16). The diagram shows the prostate cross-section with zones labeled: Basis, Mitte, Apex, lateral, medial, and the seminal vesicles (Samenblase) labeled rechts (right) and links (left). The zones are numbered 1-12, and the seminal vesicles are numbered 13-16. The diagram also shows the zones Z1, Z2, Z3, and Z4.

| Begleitangaben  |       |
|-----------------|-------|
| PSA             | ng/ml |
| freies PSA      | ng/ml |
| Prostatavolumen | ccm   |

Nur von Pathologie auszufüllen