

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	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 (4.2011)

# OptiPath®

## Gastroenterologie

MVZ für Pathologie Frankfurt/Main GbR

Ginnheimer Landstraße 86 · 60487 Frankfurt, Postfach 200 254 · 60606 Frankfurt, Tel. 0 69/95 14 47-0, Fax 0 69/95 14 47-50

### Medikamenteneinnahme

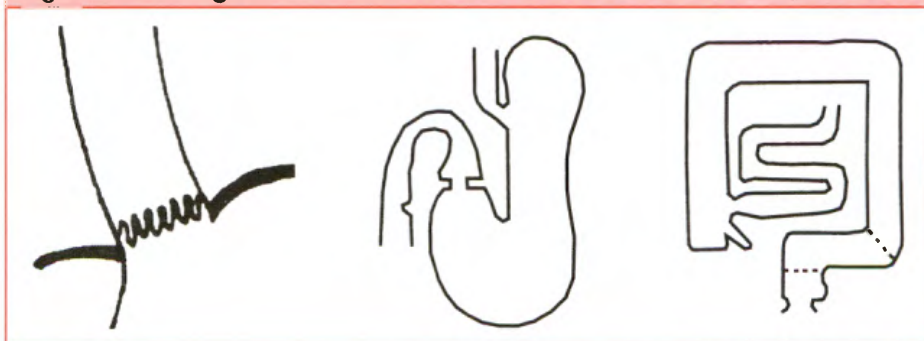
NSAR/ASS	PPI-Therapie	Cortison / Budesonid
Eradikationstherapie	Antibiotikaeinnahme	5-ASA

### Endoskopischer Befund (bitte ankreuzen)

Osoph. / 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 / Erosionen	<input type="checkbox"/> Ulcus / Erosionen	<input type="checkbox"/> Ulcus / Erosionen	<input type="checkbox"/> Diskontinuierliche Colitis
<input type="checkbox"/> V. a. Soor	<input type="checkbox"/> Atrophie-Zeichen	<input type="checkbox"/> Atrophie-Zeichen	<input type="checkbox"/> Kontinuierliche Colitis
<input type="checkbox"/> Polypen	<input type="checkbox"/> Polypen	<input type="checkbox"/> Polypen	<input type="checkbox"/> Polypen
<input type="checkbox"/> Rote Zunge / V. a. Barrett	<input type="checkbox"/> Tumor	<input type="checkbox"/> Tumor	<input type="checkbox"/> Tumor

### Klinische Diagnose, Vorbefunde, Fragestellung


### Ggf. Skizzierung der Läsionen



### Entnahmelokalisation

PE 1	PE 7
PE 2	PE 8
PE 3	PE 9
PE 4	PE 10
PE 5	PE 11
PE 6	PE 12