

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. _____

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufsunfällen und Verkehrsunfällen

Überweisungsschein für in-vitro-diagnostische Auftragsleistungen

☐ Kurativ

☐ Präventiv

☐ bei belegärztl. Behandlung

☐ Unfall, Unfallfolgen

Auftragsnummer des Labors

Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

Abnahmedatum

Abnahmezeit

SSW

Knappschafts-kennziffer

Quartal

Geschlecht

☐ Kontrolluntersuchung bekannte Infektion

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

☐ SER

☐ Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

Muster 10 (4.2024)

Gastroenterologie

Kommissarin Dr. med. Carolin Mogler
Institut für Allgemeine Pathologie und Pathologische Anatomie der TUM
Trogerstraße 18 · 85354 München · Tel. (089) 4140-4161 · Fax (089) 4140-4865
Tel. Befundabfrage (089) 4140-4176 Montag – Freitag: 9:00 – 16:00 Uhr



Endoskopischer Befund (bitte ankreuzen)

Ösoph. / Cardia	Magen	Duodenum	Colon
☐ o. B.	☐ o. B.	☐ o. B.	☐ o. B.
☐ Ulcus/Erosion	☐ Gastritis	☐ Ulcus/Erosion	☐ Diskontinuierliche Colitis
☐ V. a. SOOR	☐ Ulcus/Erosion	☐ Atrophie-Zeichen	☐ Kontinuierliche Colitis
☐ Rote Zunge/V. a. Barrett	☐ Atrophie-Zeichen	☐ Polypen	☐ Polypen
☐ Tumor	☐ Tumor	☐ Tumor	☐ Tumor

Entnahmelokalisation

PE I	PE VII
PE II	PE VIII
PE III	PE IX
PE IV	PE X
PE V	PE XI
PE VI	PE XII

Ggf. Skizzierung der Läsionen

Medikamenteneinnahme

NSAR/ASS	Eradikationstherapie	PPI-Therapie	Antibiotikaeinnahme	Cortison	Z. n. CTX/RTX/RCTX

Klinische Fragestellung/Weitere Angaben