

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

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

Kontrolluntersuchung bekannte Infektion Geschlecht

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

Abnahmedatum Abnahmezeit

T T M M J J h h m m

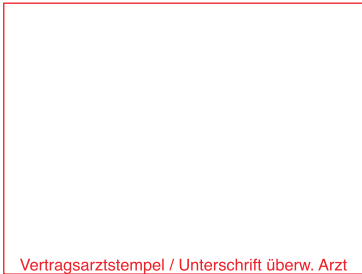
SSW

Befund eilt, Übermittlung an Telefon Fax Nr. _____

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag



Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen

PATHOLOGIE



KLINISCHE ANGABEN / VERDACHTSDIAGNOSE

- Material 1
- Material 2
- Material 3
- Material 4
- Material 5
- Material 6
- Material 7
- Material 8

SKIZZE
