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 Laboratoriums-untersuchungen als Auftragsleistung

10

☐ Kurativ ☐ Präventiv ☐ bei belegärztl. Behandlung ☐ Unfall, Unfallfolgen

Auftragsnummer des Labors
Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

ggf. Kennziffer

Quartal Q J J

Geschlecht

☐ Kontrolluntersuchung bekannte Infektion

Behandlung gemäß
☐ § 116b SGB V

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

Abnahmedatum T T M M J J

Abnahmezeit h h m m

☐ Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

☐ **Befundübermittlung eilt,** nachrichtlich an Telefon Nr. _____ Fax Nr. _____

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen

Muster 10 (10.2019)

Reiseanamnese - genaue Angaben der Länder und Städte der letzten 2 Wochen:

ZOTZ | KLIMAS
PARTNER FÜR DIAGNOSTIK & PRÄVENTION

UNTERSUCHUNGSMATERIAL

Entnahmedatum: .....

Datum des Symptombeginns: .....

Probenmaterial für die PCR-Untersuchung

- ☐ Abstrichtupfer Rachen
- ☐ Abstrichtupfer Nase
- ☐ Bronchoalveoläre Lavage
- ☐ Trachealsekret
- ☐ Sputum
- ☐ Rachenspülwasser
- ☐ Abstrichtupfer Lokalität .....
- ☐ Sonstiges: .....

Symptome / Anamnese

- ☐ Kontakt mit einem bestätigten Fall mit 2019-nCoV
- ☐ Respiratorische Symptomatik
- ☐ Beatmungspflichtige respiratorische Insuffizienz
- ☐ Fieber > 38°C
- ☐ Aufenthalt in einem Risikogebiet
- ☐ ARDS
- ☐ Sonstiges: .....

Influenza-Testung / Virologische Vorbefunde

- ☐ positiv
- ☐ negativ
- ☐ nicht durchgeführt
- ☐ Weitere Erreger getestet - welche

.....

- ☐ Ergebnis

.....

..... Telefonnummer für Rückfragen

× ..... Fax-Nummer für Befundübermittlung*

*Hiermit erkläre ich mich mit der Befundübermittlung per Fax gemäß DSGVO einverstanden

Datum
Unterschrift Patient/In _____

Datum / Stempel
Unterschrift Arzt _____

Meldepflicht: Dem Gesundheitsamt werden gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 5 IfSG das Auftreten einer bedrohlichen übertragbaren Krankheit sowie gemäß § 7 Abs. 2 IfSG Nachweise von Krankheitserregern, wenn unter Berücksichtigung oder Art der Krankheitserreger und der Häufigkeit ihres Nachweises Hinweise auf eine schwerwiegende Gefahr für die Allgemeinheit bestehen, namentlich gemeldet.

KAISER DATA GmbH www.kaiserdata.at 15

ÜBAG für Labormedizin, Genetik, Zytologie & Pathologie
MVZ Düsseldorf-Centrum - MVZ Pulheim - MVZ Bremen - CLB Bonn
Institute für Medizinische Genetik Köln | Aachen | Essen

Priv.-Doz. Dr. med. Rainer B. Zotz
Dr. med. Dietmar Klimas
Sibylle Spieth MIAC

Immermannstr. 65 A | 40210 Düsseldorf
Auf dem Driesch 34 | 50259 Pulheim

15011