

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
<b>Patient:innendaten</b>		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!

Abnahmedatum

Abnahmezeit

SSW



Knappschafts-kennziffer

Quartal

Geschlecht

Kontrolluntersuchung bekannte Infektion

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

Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Diagnosen / Verdachtsdiagnosen einfügen

Befund/Medikation

Auftrag

Molekularpathologische Leistung (TSO500)

**Pathologie** und **Materialnummer**, unter der Tumorgewebe angefordert werden kann

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt