

Überweisungsschein für Laboruntersuchungen als Auftragsleistung



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

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

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Kurativ Präventiv bei belegärztl. Behandlung Unfall, Unfallfolgen

Auftragsnummer des Labors

Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

Abnahmedatum Abnahmezeit

T T M M J J h h m m

ggf. Kennziffer Quartal

_____ Q J J

Kontrolluntersuchung bekannte Infektion Geschlecht

_____ W M

Behandlung gemäß eingeschränkter Leistungsanspruch

§ 116b SGB V gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

Empfängerregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt