

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Patient:innendaten

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

Diagnosen / Verdachtsdiagnosen einfügen

Befund/Medikation

Auftrag

Molekularpathologische Leistung (**TSO500**) und BesprechungMolekularen Tumorboard (**MTB**)**Pathologie** und **Materialnummer**, unter der Tumorgewebe angefordert werden kann

Überweisungsschein für in-vitro-diagnostische Auftragsleistungen



Kurativ



Präventiv

bei belegärztl.
BehandlungUnfall,
Unfallfolgen

Auftragsnummer des Labors

Hier bitte sorgfältig
Barcode-Etikett einkleben!Knappschafts-
kennziffer

--	--	--	--	--

Quartal

Q	J	J
---	---	---

Geschlecht

☐ Kontrolluntersuchung
bekannte Infektion☐☐ SEReingeschränkter
Leistungsanspruch
gemäß § 16
Abs. 3a SGB V☐☐ Empfängnisregelung, Sterilisation,
Schwangerschaftsabbruch

Abnahmedatum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Abnahmezeit

h	h	m	m
---	---	---	---

SSW

--	--

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

