

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. \_\_\_\_\_

## Überweisungsschein für in-vitro-diagnostische Auftragsleistungen

10



Kurativ     Präventiv     bei belegärztl. Behandlung     Unfall, Unfallfolgen

**Auftragsnummer des Labors**

Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

Knappschafts-kennziffer

□ □ □ □ □

Quartal

□ □ □

Geschlecht

Kontrolluntersuchung bekannte Infektion

eingeschränkter Leistungsanspruch

SER

gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

Abnahmedatum

□ □ □ □ □ □ □ □

Abnahmezeit

□ □ □ □ □ □ □ □

SSW

□ □ □

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Diagnosen / Verdachtsdiagnosen einfügen

Befund/Medikation

Auftrag

Molekularpathologische Leistung (**Panel >1Mbp**) und  
Besprechung im Molekularen Tumorboard (**MTB**)

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

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt