

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr.

Versicherter-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Eintrag nur bei Weiterüberweisung!

Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers

Arzt-Nr. des Erstveranlassers

Grid for inputting numbers for Betriebsstätten-Nr. and Arzt-Nr. des Erstveranlassers.

Befundübermittlung eilt, nachrichtlich an Telefon Nr. _____

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Überweisungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung

Kurativ Präventiv bei belegärztl. Behandlung Unfall, Unfallfolgen

Auftragsnummer des Labors

Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

Abnahmedatum

TTMMJJ hhmm

Abnahmezeit

Fax Nr. _____

ggf. Kennziffer

Grid for inputting Kennziffer.

Quartal

QJJJ

Geschlecht

WM

Kontrolluntersuchung bekannte Infektion

Behandlung gemäß § 116b SGB V

eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch



Vertragsstempel / Unterschrift überw. Arzt