

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

☐ **Befund**

eilt, Übermittlung an

☐

Telefon

☐

Fax

Nr.

Diagnose / Verdachtsdiagnose

Befund / Medikation

Auftrag

Überweisungsschein für in-vitro-diagnostische Auftragsleistungen

☐

Kurativ

☐

Präventiv

☐

bei belegärztl.
Behandlung

☐

Unfall,
Unfallfolgen

Auftragsnummer des Labors

Hier bitte sorgfältig
Barcode-Etikett einkleben!

Abnahmedatum

T T M M J J

Abnahmezeit

h h m m

SSW

10



Knappschafts-
kennziffer

Quartal

Q J J

Geschlecht

☐

Kontrolluntersuchung
bekannte Infektion

☐☐

SER

eingeschränkter
Leistungsanspruch

☐ gemäß § 16
Abs. 3a SGB V

☐

Empfängnisregelung, Sterilisation,
Schwangerschaftsabbruch

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt