

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

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen

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

☐ Kontrolluntersuchung bekannte Infektion Geschlecht

☐ SER eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

☐ Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

Abnahmedatum Abnahmezeit

SSW

Vertragsarztstempel/Unterschrift überw. Arzt

Muster 10 (4.2024)

MVZ Pathologie Hildesheim Hannover-Zentrum GmbH Standort Vechta
Marienstr. 11, 49377 Vechta
Telefon: 04441/89612-0, E-Mail: pathologie-vechta@mvz-hhz.de



Begutachtungsauftrag Biopsie - Dental

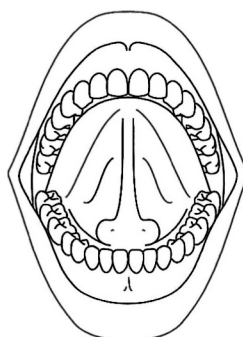
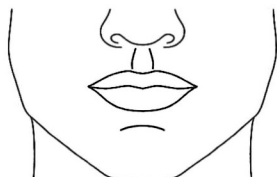
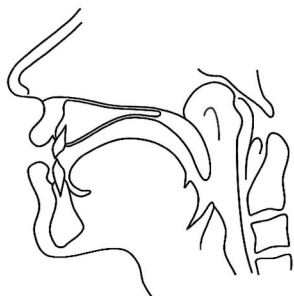
Organ/Topographie:

1) _____
2) _____
3) _____
4) _____
5) _____
6) _____
7) _____
8) _____

Bitte freilassen

Klinische Diagnose/Bemerkungen/Fragestellung:

Lokalisation bitte mit Nummern markieren!



Eingangs-Nr.:

Leistungsträger

☐ Privat ☐ Stationär ☐ Sozialamt
☐ Kasse ☐ BG ☐

Art des Materials

☐ Intraoperativer Schnellschnitt ☐ Biopsie
☐ Ektomie ☐

Frühere Untersuchungen:

Kopie an:

Telefon-Nr.:

Telefax-Nr.:

Schnellschnittuntersuchung (Rückruf innerhalb 30 Min.)
Telefon-Nr.:

Datum der Entnahme:

Eintragungen bitte nur mit blauer oder schwarzer Farbe, da das Formular zur Weiterverarbeitung eingescannt wird.