

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

KostenträgerkennungVersicherten-Nr.Status

Betriebsstätten-Nr.Arzt-Nr.Datum

Eintrag nur bei Weiterüberweisung!

Betriebsstätten-Nr. des ErstveranlassersArzt-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

☐ Kurativ

☐ Präventiv

☐ bei belegärztl. Behandlung

☐ Unfall, Unfallfolgen

Auftragsnummer des Labors

Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

AbnahmedatumAbnahmezeitSSW

Knappschafts-kennziffer

Quartal

Geschlecht

☐ Kontrolluntersuchung bekannte Infektion

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

☐ SER

☐ Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

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



Organ/Topographie:Bitte freilassen

1)

2)

3)

4)

5)

6)

Klinische Diagnose/Bemerkungen/Fragestellung:

Sonstiges:

Begutachtungsauftrag Biopsie - Allgemein

Eingangs-Nr.:

Barcode-Etikett
bitte hier einkleben

Art des Materials

☐ Intraoperativer Schnellschnitt

☐ Biopsie

☐ Ektomie/Ablatio/Amputation

☐ Kürettagematerial

Kopie an:

Telefon-Nr.:

Telefax-Nr.:

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

Datum der Entnahme: