

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 <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																						
☐ Befund eilt, Übermittlung an ☐ Telefon ☐ Fax Nr. _____																						

Überweisungsschein für in-vitro-diagnostische Auftragsleistungen

☐ Kurativ ☐ Präventiv ☐ bei belegärztl. Behandlung ☐ Unfall, Unfallfolgen

Auftragsnummer des Labors																					
Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!																					
<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																					

Knappschafts-kennziffer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Quartal

Q	J	J	J
---	---	---	---

☐ Kontrolluntersuchung bekannte Infektion

☐ SER

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

☐ Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

Abnahmedatum

Abnahmezeit

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

h	h	m	m
---	---	---	---

SSW

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Vertragsarztstempel/Unterschrift überw. Arzt

Muster 10 (4.2024)

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schlägerunfällen

MVZ Pathologie HHZ GmbH
Dr. med. A. Schmidt (angest. Ärztin), FÄ für Pathologie
 Telefon (0511) 71 40 58, Fax (0511) 701 16 71
 Nienburger Str. 12, 30167 Hannover



Begutachtungsauftrag Biopsie - Allgemein

Organ/Topographie:

1)	
2)	
3)	
4)	
5)	
6)	

Bitte freilassen

Klinische Diagnose/Bemerkungen/Fragestellung:

Sonstiges:

Kopie an:

Datum der Entnahme: