

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

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: 1) _____ Bitte freilassen _____

2) _____

3) _____

4) _____

5) _____

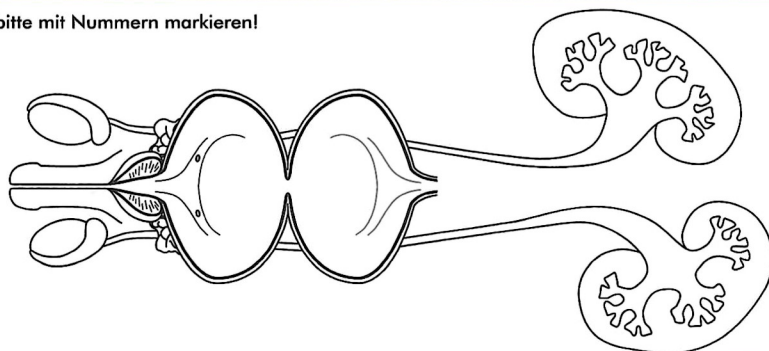
6) _____

7) _____

8) _____

Klinische Diagnose/Bemerkungen/Fragestellung:

Lokalisation bitte mit Nummern markieren!



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 **Q J J**

☐ Kontrolluntersuchung bekannte Infektion Geschlecht _____

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

☐ Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

SSW

Vertragsarztstempel/Unterschrift überw. Arzt

Muster 10 (4.2024)

Begutachtungsauftrag Biopsie - Urologie

Eingangs-Nr.:

Barcode-Etikett
bitte hier einkleben

Leistungsträger
☐ Privat ☐ Stationär ☐ Sozialamt
☐ Kasse ☐ BG ☐

Art des Materials
☐ Intraoperativer Schnellschnitt ☐ Biopsie
☐ Ektomie ☐ Kürettagematerial

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.