

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Überweisungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung

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

Eintrag nur bei Weiterüberweisung!

Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers	Arzt-Nr. des Erstveranlassers

Befund eilt, Übermittlung an Telefon Fax Nr. _____

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Knappschafts-kennziffer: | | | | |
 Quartal: Q J J
 Geschlecht: |

Kontrolluntersuchung bekannte Infektion
 eingeschränkter Leistungsanspruch

Behandlung gemäß § 116b SGB V
 gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

