



Überweisungsschein für in-vitro-diagnostische Auftragsleistungen

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Kurativ Präventiv bei belegärztl. Behandlung Unfall, Unfallfolgen

Auftragsnummer des Labors

Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

Knappschafts-kennziffer _____

Quartal Q J J J

Geschlecht

Eintrag nur bei Weiterüberweisung!

Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers _____

Arzt-Nr. des Erstveranlassers _____

Abnahmedatum T T M M J J Abnahmezeit h h m m

Kontrolluntersuchung bekannte Infektion

eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

SER

Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

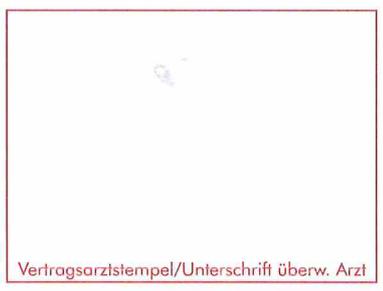
Befund eilt, Übermittlung an Telefon Fax Nr. _____

SSW

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag



Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen

Muster 10 (4.2024)

MVZ Pathologie - Standort Vechta
 Marienstr. 11, 49377 Vechta
 Telefon: 04441/90968-0, Telefax: 04441/90968-32
 E-Mail: pathologie-vechta@mvz-hhz.de



Begutachtungsauftrag Biopsie - Magen/Darm

Organ/Topographie:	Bitte freilassen
1)	_____
2)	_____
3)	_____
4)	_____
5)	_____
6)	_____
7)	_____
8)	_____

Eingangs-Nr.: _____



Klinische Diagnose/Bemerkungen/Fragestellung:

Leistungsträger

Privat Stationär Sozialamt

Kasse BG

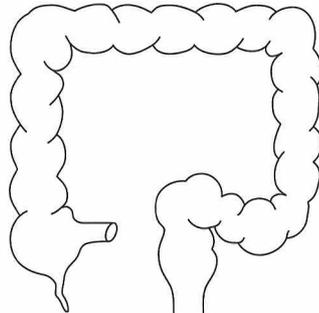
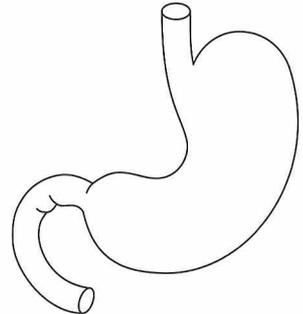
Art des Materials

Intraoperativer Schnellschnitt Biopsie

Ektomie

Frühere Untersuchungen: _____

Lokalisation bitte mit Nummern markieren!



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.