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._____

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

Geschlecht

☐ Kontrolluntersuchung bekannte Infektion

eingeschränkter Leistungsanspruch

☐ SER ☐ gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

Abnahmedatum T T M M J J

Abnahmezeit h h m m

SSW

☐ Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabruch

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Vertragsarztstempel/Unterschrift überw. Arzt

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

HHZ MVZ HHZ GmbH

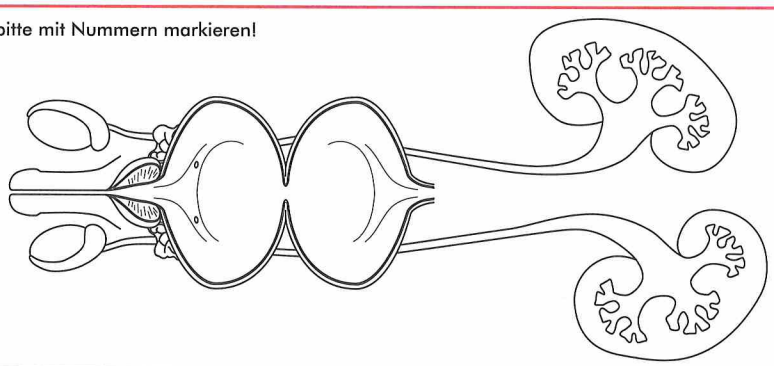
Begutachtungsauftrag Biopsie - Urologie

Organ/Topographie:

	Bitte freilassen
1)	
2)	
3)	
4)	
5)	
6)	
7)	
8)	

Klinische Diagnose/Bemerkungen/Fragestellung:

Lokalisation bitte mit Nummern markieren!



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.