



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

Kontrolluntersuchung bekannte Infektion Geschlecht

Eintrag nur bei Weiterüberweisung!

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

Abnahmedatum Abnahmezeit

T T M M J J h h m m

SSW

eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

SER

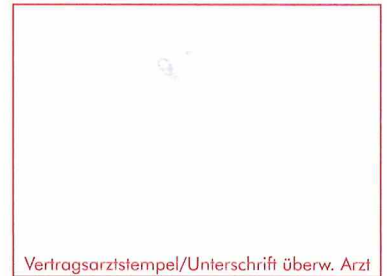
Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

Befund eilt, Übermittlung an Telefon Fax Nr. _____

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



Begutachtungsauftrag Biopsie - Haut

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/Ablatio/Amputation Kürettagematerial

Frühere Untersuchungen:

Sonstiges:

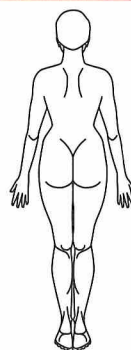
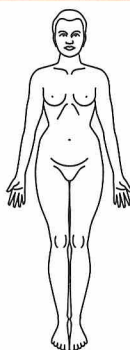
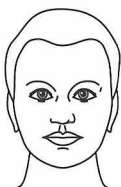
Kopie an: _____

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.