

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Kostenträgerkennung    Versicherten-Nr.    Status

Betriebsstätten-Nr.    Arzt-Nr.    Datum

## Überweisungsschein für in-vitro-diagnostische Auftragsleistungen

Kurativ   
  Präventiv   
  bei belegärztl. Behandlung   
  Unfall, Unfallfolgen

**Auftragsnummer des Labors**

**Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Knappschafts-kennziffer Quartal

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Geschlecht

**Eintrag nur bei Nichtüberweisung!**

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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Abnahmedatum    Abnahmezeit

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SSW

Kontrolluntersuchung bekannte Infektion   
  eingeschänkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

SER   
  Empfängnisreglung, 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)

Überweisungsschein bitte maschinell ausfüllen!

### MVZ Fachärzteezentrum Hanse GmbH Fachbereich Pathologie

St.-Jürgen-Str. 1 – 28177 Bremen  
 Telefon: (0421) 497-73880 – Fax: 0421-1973896  
 E-Mail: pathologie@fachaerzteezentrum-hanse.de

**Klinische Diagnose(n) / Fragestellung (bitte leserlich schreiben!):**

**Material (bitte leserlich schreiben!):**

01.	06.
02.	07.
03.	08.
04.	09.
05.	10.

Wird von der Pathologie ausgefüllt!

ANN	VOR	ZM	ZA	PRÄ	EDV	AUS

\_\_\_\_\_ Datum, Unterschrift, Telefonnummer

Dokumentenstatus: Genehmigt	Wiedervorlagestatus: Gültig bis zur Erstellung einer neuen Version
Erstellt von: Becker, Markus	Gültig bis : 30.04.2028
Geprüft von: Peter, Melanie	Dateiname: 15b Begutachtungsauftrag L-HZ ambulant
Freigegeben von: Hakroush, Samy	Version: 2.0   Seite 1 von 1