

Krankenkasse bzw. Kostenträger

PRIVAT

Name, Vorname des Versicherten

Privat

geb. am

09.10.03

Frauchen

Hamburger Chaussee 107

D 24113 Kiel

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

1000000

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

022828598

881970348

25.03.22

Eintrag nur bei Weiterüberweisung!

Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers

Arzt-Nr. des Erstveranlassers

011000300

832745915

☐ **Befund**

eilt, Übermittlung an

☐

Telefon

☐

Fax

Nr.

Überweisungsschein für Laboriums- untersuchungen als Auftragsleistung



Kurativ



Präventiv



bei belegärztl.
Behandlung



Unfall,
Unfallfolgen

Auftragsnummer des Labors



8012000059

Patient:

Abnahmedatum

25.03.22

Abnahmezeit

1319

SSW

Privat



Knappschafts-
kennziffer

Quartal

1

22

Geschlecht

W

☐ Kontrolluntersuchung
bekannte Infektion

Behandlung
gemäß

eingeschränkter
Leistungsanspruch

☐ § 116b
SGB V

☐ gemäß § 16
Abs. 3a SGB V

☐ Empfängnisregelung, Sterilisation,
Schwangerschaftsabbruch



Diagnose/Verdachtsdiagnose, Befund/Medikation, Auftrag

A:Folsäure (1), fT3 (freies Trijodthyronin) (2)

Material: Serum oder Vollblut ohne Zusätze (1),
Serum oder Vollblut (2)

SYNLAB MVZ Hamburg Gmbh

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt