

10L



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. _____

Diagnose/Verdachtsdiagnose, Befund/Medikation, Auftrag

Überweisungsschein für in-vitro-diagnostische Auftragsleistungen

Kurativ Präventiv bei belegärztl.
Behandlung Unfall,
Unfallfolgen

Knappschafts-
kennziffer

Quartal

Auftragsnummer des Labors

Hier bitte sorgfältig
Barcode-Etikett einkleben!

Abnahmedatum

Abnahmezeit

SSW

Kontrolluntersuchung
bekannte Infektion

eingeschränkter
Leistungsanspruch

gemäß § 16
Abs. 3a SGB V

SER

Empfängnisregelung, Sterilisation,
Schwangerschaftsabbruch

Geschlecht

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt