

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

☐ **Befundübermittlung
eilt, nachrichtlich an**

Telefon
Nr. _____

Fax
Nr. _____

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Überweisungsschein für Laboratoriums- untersuchungen als Auftragsleistung

☐

Kurativ

☐

Präventiv

☐

bei belegärztl.
Behandlung

☐

Unfall,
Unfallfolgen

Auftragsnummer des Labors

ggf. Kennziffer

Quartal

☐

Kontrolluntersuchung
bekannte Infektion

☐

Geschlecht

W

M

Behandlung
gemäß

eingeschränkter
Leistungsanspruch

☐

§ 116b
SGB V

☐

gemäß § 16
Abs. 3a SGB V

☐

Empfängnisregelung, Sterilisation,
Schwangerschaftsabbruch

Abnahmedatum

Abnahmezeit

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

KBV-PRF.NR.
Muster 10/D (7.2017)