

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

# Überweisungsschein für Laboruntersuchungen als Auftragsleistung



**2** Kurativ  Präventiv  bei belegärztl. Behandlung  Unfall, Unfallfolgen

**Auftragsnummer des Labors**

Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

Knappschaftskennziffer

Quartal

Kontrolluntersuchung bekannte Infektion

Behandlung gemäß  § 116b SGB V  eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

**Eintrag nur bei Weiterüberweisung!**

Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers

Arzt-Nr. des Erstveranlassers

Abnahmedatum

Abnahmezeit

SSW

**Befund eilt**, Übermittlung an  Telefon  Fax Nr.

Diagnose/Verdachtsdiagnose **6**

Befund/Medikation **7**

Auftrag **8**

**1**

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt