

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.

Überweisungsschein für in-vitro-diagnostische Auftragsleistungen

10



☐ Kurativ ☐ Präventiv ☐ bei belegärztl. Behandlung ☐ Unfall, Unfallfolgen

Auftragsnummer des Labors

Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

Knappschafts-kennziffer

Quartal

☐ Kontrolluntersuchung bekannte Infektion

Geschlecht

☐ SER

eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

☐ Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

Abnahmedatum

Abnahmezeit

SSW

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schulerunfällen

Muster 10 (4/2024)

Kostenträger: ☐ IGeL ☐ Stationär ☐ Privat ☐ prästationär ☐ GKV ☐ Sonstiges

Stationär: ja/nein Station: _____ Kopie an: _____



Pathologie
Mülheim / Ruhr

Dr. med. Frank Oellig
Dr. med. Marlene Helwing*
Dr. (RO) Manuela Purdea*
Dr. med. Johanna Munding*
*angestellter Arzt / angestellte Ärztin

Heidestr. 75-77
45476 Mülheim an der Ruhr
Tel 0208 992780
Fax 0208 9927830
www.pathologie-muelheim.de
dr.oellig@pathologie-muelheim.de
Zertifiziert nach ISO 9001

_____ R

Diagnose:

Befunde:

Splenomegalie: ja / nein

Hepatomegalie: ja / nein

Lymphome: nein / ja (wo?)

Paraprotein: ja / nein

Leuco: _____

Ery: _____

Thrombo: _____

Hb: _____

MCV: _____

MCH: _____

MCHC: _____

Myelo: _____

Stab: _____

Seg: _____

Eo: _____

Baso: _____

Mono: _____

Lym: _____

Reti: _____

Sonst: _____

BSG: _____

LDH: _____

Bili: _____

Bisherige Therapie:

Medikamente / Noxen: