

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

Zirrhose: ja / nein

Steatose: ja / nein

Labor vom _____

GOT: _____	Bili ges: _____	HAV IgM: _____	ANA: _____
GPT: _____	Bili direkt: _____	HAV IgG: _____	pANCA: _____
GGT: _____	CHE: _____	HBcAk: _____	AMA: _____
AP: _____	Albumin: _____	HBsAg: _____	Diabetes mellitus: ja / nein
LDH: _____	Quick: _____	HBsAk: _____	Alkohol: ja / nein
		HCVAk: _____	

Medikamente / Noxen: