

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

Geschlecht

☐ Kontrolluntersuchung
bekannte Infektion

eingeschränkter
Leistungsanspruch
gemäß § 16
Abs. 3a SGB V

☐ SER

☐ 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:

☐ Raucher (pack years): _____

☐ Aktiv ☐ Ex (bis _____)

☐ Berufsanamnese/Asbest-Exposition:

