

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

☐ Ambulant

☐ Stationär

☐ IGeL

☐ AOP § 115

☐ Privat (s. Rückseite)

☐ § 116

## Überweisungsschein für in-vitro-diagnostische Auftragsleistungen



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

## Versandmaterial gewünscht?

### Versandgefäße

\_\_\_\_\_ 2 ml \_\_\_\_\_ 20 ml \_\_\_\_\_ 50 ml

\_\_\_\_\_ 100 ml \_\_\_\_\_ 250 ml \_\_\_\_\_ 500 ml

\_\_\_\_\_ 750 ml \_\_\_\_\_ 1.000 ml \_\_\_\_\_ 2.000 ml

### Objektträger

\_\_\_\_\_ mit Mattrand

### Begleitscheine

☐ Histo (allg.) ☐ Mamma ☐ Gastro ☐ Leber

☐ Knochenmark ☐ Haut ☐ Zyto (Gyn.)

### Versandtüten

☐ groß ☐ klein

Sonstiges: \_\_\_\_\_

41 04628 00

MVZ IPZM

Neue Kasseler Straße 23 a

35039 Marburg

Tel. (06421) 87 00 42

Vertragsarztstempel abrechnender Arzt

Vertragsarztstempel u. Unterschrift überw. Arzt

## Klinische Angaben/Fragestellung/Entnahmestelle:

Frühere E.-Nr. \_\_\_\_\_

Klinische Diagnose: \_\_\_\_\_

Weitere Fragestellung: \_\_\_\_\_

Telef. Benachrichtigung erwünscht unter Nr. \_\_\_\_\_ Nachrichtlich an: \_\_\_\_\_

**Bitte Lokalisation, Ausdehnung und Entnahmeort einzeichnen und angeben. Fraktionierte Biopsien bitte beziffern.**

