

|                                                                                                                          |                                                |                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger                                                                                           |                                                |                                |
| Name, Vorname des Versicherten                                                                                           |                                                |                                |
|                                                                                                                          |                                                | geb. am                        |
| Kostenträgerkennung                                                                                                      | Versicherten-Nr.                               | Status                         |
| Betriebsstätten-Nr.                                                                                                      | Arzt-Nr.                                       | Datum                          |
| <b>Eintrag nur bei Weiterüberweisung!</b><br>Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers      Arzt-Nr. des Erstveranlassers |                                                |                                |
| <input type="checkbox"/> Ambulant                                                                                        | <input type="checkbox"/> Stationär             | <input type="checkbox"/> IGeL  |
| <input type="checkbox"/> AOP § 115                                                                                       | <input type="checkbox"/> Privat (s. Rückseite) | <input type="checkbox"/> § 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) 870042

Vertragsarztstempel abrechnender Arzt

Vertragsarztstempel u. Unterschrift überw. Arzt

## Klinische Angaben/Fragestellung/Entnahmestelle:

### BITTE BEI BECKENKAMMBIOPSIIEN AUSFÜLLEN

#### Klinische Befunde:

Milzvergrößerung    ☐ nein    ☐ ja, ca.  
 Lebervergrößerung    ☐ nein    ☐ ja, ca.  
 Lymphknoten    ☐ nein    ☐ ja, ca.

#### Sonstige Befunde (Blutungen, Hauteffloreszenzen, etc.)

#### Laborbefunde

Leukozyten \_\_\_\_\_  
 Erythrozyten \_\_\_\_\_  
 Thrombozyten \_\_\_\_\_  
 Hb \_\_\_\_\_  
 Hämotokrit \_\_\_\_\_  
 MCV \_\_\_\_\_  
 MCHC \_\_\_\_\_  
 MCH/HbE \_\_\_\_\_  
 Retikulozyten \_\_\_\_\_

#### Differentialblutbild (%)

Segmentkemige \_\_\_\_\_  
 Stabkemige \_\_\_\_\_  
 Eosinophile \_\_\_\_\_  
 Basophile \_\_\_\_\_  
 Monocyten \_\_\_\_\_  
 Lymphocyten \_\_\_\_\_  
 Blasten \_\_\_\_\_  
 Promyelozyten \_\_\_\_\_  
 Myelozyten \_\_\_\_\_  
 Metamyelozyten \_\_\_\_\_

#### Laborwerte

Folsäure \_\_\_\_\_  
 Vit B12 \_\_\_\_\_  
 Serumeisen \_\_\_\_\_  
 Serum-Ferritin \_\_\_\_\_  
 ALP-Index \_\_\_\_\_  
 LDH \_\_\_\_\_  
 BKS \_\_\_\_\_

Monoklonale Gammopathie    ☐ nein    ☐ ja, ca.

#### Klinische Diagnose