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 _____

Geschlecht

☐ Kontrolluntersuchung bekannte Infektion

eingeschränkter Leistungsanspruch

☐ SER ☐ 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:

Frühere E.-Nr. _____

Klinische Diagnose: _____

Weitere Fragestellung: _____

Telef. Benachrichtigung erwünscht unter Nr. _____ Nachrichtlich an: _____

Bitte Lokalisation, Ausdehnung und Entnahmeort angeben.

HD 02/2015/Blanko