

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



Quartal

Auftragsnummer des Labors

Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

Knappschafts-kennziffer

☐ 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:

Frühere E.-Nr. _____

Klinische Diagnose: _____

Weitere Fragestellung: _____

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

ENDOSKOPISCHER BEFUND:

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


