

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 ☐ AOP § 115	☐ Stationär ☐ Privat (s. Rückseite)	☐ IGeL ☐ § 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:

Frühere E.-Nr. _____

Klinische Diagnose/Fragestellung: _____

- | | | |
|---|--|-------------------------------------|
| ☐ z. A. Basaliom | ☐ z. A. PEC | ☐ Faden bei: |
| ☐ epiderm. Zyste | ☐ susp. NZN | |
| ☐ susp. Keratose | ☐ Lipom | |
| ☐ Angiom | ☐ Fremdkörpergranulom | |

Bitte Lokalisation, Ausdehnung und Entnahmeort einzeichnen und angeben.


