

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) 870042

Vertragsarztstempel abrechnender Arzt

Vertragsarztstempel u. Unterschrift überw. Arzt

Klinische Angaben/Fragestellung/Entnahmestelle:

NUR FÜR LEBERBIOPSIE

Vorbegutachtung? Nr.: _____

Anamnese, klinische Befunde, Fragestellung: _____

GOT _____ (<18 U/l) GPT _____ (<22 U/l) AP _____ (<170 U/l) γGT _____ (<28 U/l)

Bilirubin ges.: _____ (0,1 - 1,5 mg/dl) Bilirubin direkt: _____ (0 - 0,35 mg/dl)

Virushepatitis ☐ ja ☐ nein; wenn ja, spez. serolog. Marker _____

v.a. Autoimmunhepatitis ☐ ja ☐ nein; wenn ja, serolog. Marker (ANA, SMA, LKM, SLA, AMA?) _____

Medikamente (unbedingt angeben) _____

Bluteiweiß: Ges.-Eiweiß _____ g %; Alb. _____ %

Ig (quant.):

α₁ _____ %; α₂ _____ %; β _____ %; γ _____ %