

Laborüberweisungsschein 10 (nur aktuelle Version verwenden!)

Bitte immer ausfüllen:

Patientendaten, BStNr. und Ihre lebenslange Arztnummer

Kennziffer: 32010 (für humangenetische Leistungen, belasten nicht Ihr Laborbudget)

Diagnose: z.B. Ataxie oder geistige Behinderung oder Verdacht auf XYZ-Syndrom

Auftrag: bitte spezifizieren z.B. Array CGH oder MECP2-Gen oder Stufendiagnostik HNPCC

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen,

Prof. Dr. med. Jürgen Kohlhasse

**Überweisungsschein für Laboratoriums-
untersuchungen als Auftragsleistung**

Kurativ Präventiv bei belegärztl. Behandlung Unfall, Unfallfolgen

Auftragsnummer des Labors

Hier bitte sorgfältig
Barcode-Etikett einkleben!

Abnahmedatum Abnahmezeit

ggf. Kennziffer

Quartal

--	--	--	--

--	--	--	--

Kontrolluntersuchung
bekannte Infektion

Geschlecht

Behandlung
gemäß
 § 116b
SGB V

eingeschränkter
Leistungsanspruch
 gemäß § 16
Abs. 3a SGB V

Empfängnisregelung, Sterilisation,
Schwangerschaftsabbruch



Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
<i>Eintrag nur bei Weiterüberweisung!</i> Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers Arzt-Nr. des Erstveranlassers		
<input type="checkbox"/> Befundübermittlung eilt, nachrichtlich an	Telefon Nr. _____	Fax Nr. _____

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt