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

Überweisungsschein für in-vitro-diagnostische Auftragsleistungen

10

☐ Kurativ ☐ Präventiv ☐ bei belegärztl. Behandlung ☐ Unfall, Unfallfolgen

Auftragsnummer des Labors

Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

Knappschafts-kennziffer

Quartal Q J J

Geschlecht

☐ Kontrolluntersuchung bekannte Infektion

eingeschränkter Leistungsanspruch ☐ gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

☐ SER

☐ Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

Abnahmedatum T T M M J J

Abnahmezeit h h m m

SSW

☐ **Befund eilt,** Übermittlung an ☐ Telefon ☐ Fax Nr.

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen

Muster 10 (4.2024)

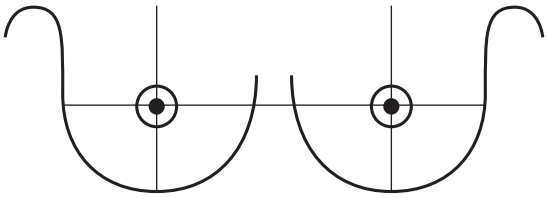
HpH

Fangdieckstrasse 75a I 22547 Hamburg
T: 040/180 04 33 -35 I F: -55

Entnahmedatum:

Klinische Diagnose (oder kurze Befundbeschreibung):

Lokalisation (mit Uhrzeit einzeichnen):



Frühere Zytologie-Nr.:

☐ uniduktal

☐ multiduktal

Farbe:

Mamma-Zytologie

Untersuchungsmethode	negativ	zweifelhaft	positiv
Inspektion			
Palpation			
Mammographie			
Mammasonografie			
Thermographie			
Galaktographie			

Material von:

☐ Zyste

☐ Solide Resistenz

☐ Kontaktabstrich Mamille (z. B. M. Paget) Mamillensekret

☐

Entnahmedatum | Einsender (Stempel, Unterschrift)

Unterschrift des zytologisch tätigen Arztes