Krankenkasse bzw. Kostenträger	Überweisungsschein für in-viti	ro-diagnostische 10
	Auftragsleistungen	PINE.
Name, Vorname des Versicherten	bei bel	egärztl. Unfall,
geb. am	Kurativ Präventiv Behand	dlung Unfallfolgen
	Authorayanan da Latan	Knappschafts- kennziffer Quartal
	Auftragsnummer des Labors	
Kostentrågerkennung Versicherten-Nr Status	Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!	Geschlecht
		Kontrolluntersuchung bekannte Infektion
Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum		eingeschränkter
		Leistungsanspruch
Eintrag nur bei Weiterüberweisung!		SER gemäß § 16 Abs. 3a SGB V
Betnebsstätten-Nr. des Erstveranlassers Arzt-Nr. des Erstveranlassers	Abnahmedatum Abnahmezeit	Empfängnisregelung, Sterilisation,
		Schwangerschaftsabbruch
Befund	SSW	
eilt, Übermittlung an Telefon Fax Nr.		
Diagnose/Verdachtsdiagnose		
D. (104 P.)		
Befund/Medikation		
Auftrag		
		n de
		Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt
Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen		Muster 10 (4.2024)
		wiuster 10 (4.2024)

Institut für Pathologie, Neuropathologie und Molekularpathologie – Hannover-Zentrum

Dr. med. B. Richter-Sadocco · Dr. med. W. Beschow ·

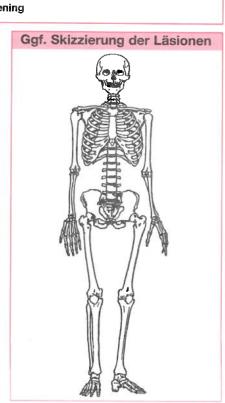
Dr. med. M. Hillemanns · Dr. med. D. Belder ·

Dr. med. A. Derwiysh



Untersuchungsantrag Orthopädie

Ambulant	Sta	ationär	Wahlleistung	Sc
Entnahmelokali	sation			NET SHEET
I				
11				
III				
IV				
v				
VI				
Bitte freilassen fü	ir institutsinterne	Bemerkungen		



Orgaform Altenburg GmbH =: 03447 8519-0 06/2