

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Überweisungsschein für in-vitro-diagnostische Auftragsleistungen

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

Auftragsnummer des Labors

Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

Abnahmedatum

Abnahmezeit

SSW

Knappschafts-kennziffer

Quartal

☐ Kontrolluntersuchung bekannte Infektion

Geschlecht

☐ SER

eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

☐ Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

Eintrag nur bei Weiterüberweisung!

Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers Arzt-Nr. des Erstveranlassers

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

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schulerunfällen

Muster 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. Derwiysch



Untersuchungsantrag Orthopädie

☐ Ambulant ☐ Stationär ☐ Wahlleistung ☐ Screening

Entnahmelokalisation

I
II
III
IV
V
VI

Kommentar / Fragestellung

Bitte freilassen für institutsinterne Bemerkungen

Auspacken

MTA

Zuschnitt

Befunder

Sonstiges

Ggf. Skizzierung der Läsionen

