

Überweisungsschein für in-vitro-diagnostische Auftragsleistungen

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kostenträgererkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
Eintrag nur bei Weiterüberweisung!		
Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers	Arzt-Nr. des Erstveranlassers	

Kurativ
 Präventiv
 bei belegärztl. Behandlung
 Unfall Unfallfolgen

Auftragsnummer des Labors

Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben

Knappschafts-kennziffer _____ Quartal _____
 Geschlecht _____

Kontrolluntersuchung bekannter Infektionen

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

Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

Abnahmedatum _____ Abnahmezeit _____

SSW _____

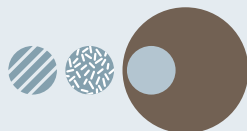
Befund eilt, Übermittlung an Telefon Fax-Nr. _____

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes



PRAXIS FÜR PATHOLOGIE

Dr. med. Gabriele Deubler
und Kollegen

Steinbergstraße 31
D-72764 Reutlingen

Tel. 07121 / 200-4318
Fax 07121 / 200-4321

Schnellschnittuntersuchung Telefon:

Vorbefund

Zusätzliche Angaben

Molekularpathologie

- MSI
- KRAS/NRAS
- BRAF
- EGFR
- Lungenfusionspanel
- NGS Lunge
- NGS solide Tumore
- BRCA plus

4800 <input type="checkbox"/>	4802 <input type="checkbox"/>	4815 <input type="checkbox"/>	19310 <input type="checkbox"/>	19312 <input type="checkbox"/>	19320 <input type="checkbox"/>	19321 <input type="checkbox"/>	19322 <input type="checkbox"/>	sonstige
4815 A <input type="checkbox"/>	4815 M <input type="checkbox"/>	4815 IH <input type="checkbox"/>	01743 <input type="checkbox"/>	40100 <input type="checkbox"/>	40120 <input type="checkbox"/>	40111 <input type="checkbox"/>	88115 <input type="checkbox"/>	_____