



# Überweisungsschein für in-vitro-diagnostische Auftragsleistungen

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Kostenträgerkennung    Versicherten-Nr.    Status

Betriebsstätten-Nr.    Arzt-Nr.    Datum

Kurativ     Präventiv     bei belegärztl. Behandlung     Unfall, Unfallfolgen

**Auftragsnummer des Labors**

Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

Knappschafts-kennziffer Quartal

Kontrolluntersuchung bekannte Infektion Geschlecht

**Eintrag nur bei Weiterüberweisung!**

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

Abnahmedatum    Abnahmezeit

SSW

eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

SER

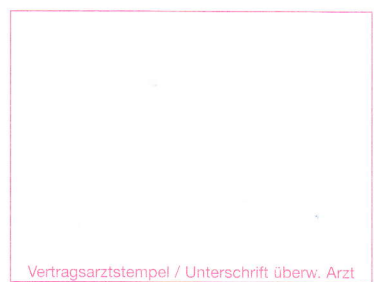
Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

Befund eilt, Übermittlung an  Telefon  Fax Nr. \_\_\_\_\_

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag



Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen

Muster 10 (4.2024)

## Antrag auf histologische Begutachtung – Haut

**PATHOTRES** Gemeinschaftspraxis für Pathologie und Neuropathologie  
 Dres. med. A. Perez-Cantó, A. Theallier-Jankó, M. Grünbaum, Prof. C. Lodenkemper  
 Teltowkanalstr. 2    Tel.: (030) 644 988 210    mail: pathologie@pathotres.de  
 12247 Berlin    Fax: (030) 644 988 250    web: www.pathotres.de

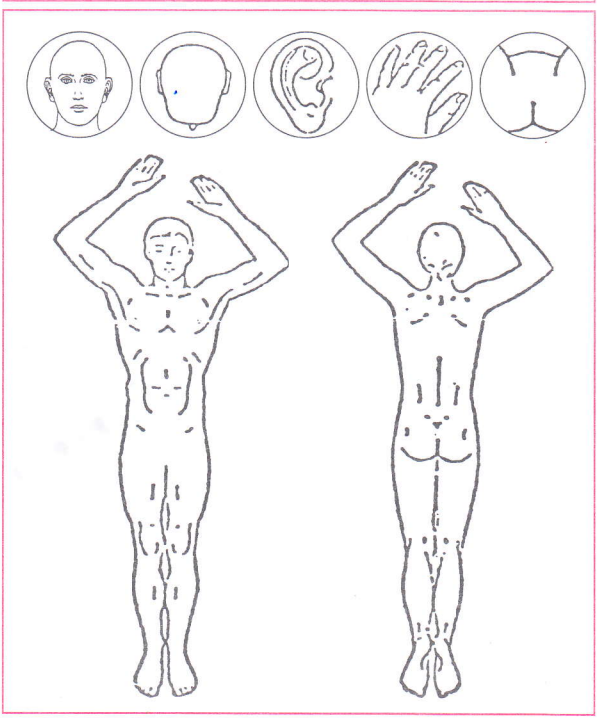


Probe-/Teilexzision     Hautstanze / Ausstanzung

vollständige Exzision     Shave-Biopsie / Exzision

**Entnahmedatum/-zeit**

**Lokalisation und klinische Angabe**



**gewünschtes Versandmaterial**

kleine / große Gefäße     Versandbeutel     Sonstiges: