



|                                |                  |         |
|--------------------------------|------------------|---------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger |                  |         |
| Name, Vorname des Versicherten |                  |         |
|                                |                  | geb. am |
| Kassen-Nr.                     | Versicherten-Nr. | Status  |
| Betriebsstätten-Nr.            | Arzt-Nr.         | Datum   |

**Eintrag nur bei Weiterüberweisung!**

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

|   |                   |               |
|---|-------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Befundübermittlung eilt, nachrichtlich an</b> | Telefon Nr. _____ | Fax Nr. _____ |
|---|-------------------|---------------|

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

## Überweisungsschein für Laboruntersuchungen als Auftragsleistung

Kurativ     Präventiv     bei belegärztl. Behandlung     Unfall, Unfallfolgen

**Auftragsnummer des Labors**

Hier bitte sorgfältig  
Barcode-Etikett einkleben!

Abnahmedatum

Abnahmezeit

ggf. Kennziffer

Quartal

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

Kontrolluntersuchung bekannte Infektion

Geschlecht

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

Behandlung gemäß

eingeschränkter Leistungsanspruch

§ 116b SGB V

gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt