

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

**Eintrag nur bei Weiterüberweisung!**

Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers

Arzt-Nr. des Erstveranlassers

**Befundübermittlung eilt, nachrichtlich an**

Telefon Nr. \_\_\_\_\_

Fax Nr. \_\_\_\_\_

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

# Überweisungsschein für Laboruntersuchungen als Auftragsleistung

10DF

Kurativ  Präventiv  bei belegärztl. Behandlung  Unfall, Unfallfolgen

**Auftragsnummer des Labors**

ggf. Kennziffer \_\_\_\_\_

Quartal \_\_\_\_\_

Kontrolluntersuchung bekannte Infektion

Geschlecht

W  M

Behandlung gemäß

eingeschränkter Leistungsanspruch

§ 116b SGB V

gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

Empfängerregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

Abnahmedatum \_\_\_\_\_

Abnahmezeit \_\_\_\_\_

Vertragsarztstempel / Unterschrift über. Arzt

KBV-PRF.NR.  
Muster 10/D (7.2017)