

# Überweisungsschein für Laboruntersuchungen als Auftragsleistung

10DF

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
<b>Eintrag nur bei Weiterüberweisung!</b>		
Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers		Arzt-Nr. des Erstveranlassers

Kurativ     Präventiv     bei belegärztl. Behandlung     Unfall, Unfallfolgen

<b>Auftragsnummer des Labors</b>
----------------------------------

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

Kontrolluntersuchung bekannte Infektion     W     M

Behandlung gemäß § 116b SGB V    eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

Abnahmedatum \_\_\_\_\_ Abnahmezeit \_\_\_\_\_

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

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

--

Vertragsarztstempel / Unterschrift über. Arzt  
KBV-PRF.NR.  
Muster 10/D (7.2017)