

Überweisungsschein für in-vitro-diagnostische Auftragsleistungen

10



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		

☐ Kurativ ☐ Präventiv ☐ bei belegärztl. Behandlung ☐ Unfall, Unfallfolgen

Auftragsnummer des Labors

Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

Knappschafts-kennziffer

Quartal

Geschlecht

☐ Kontrolluntersuchung bekannte Infektion

☐ 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

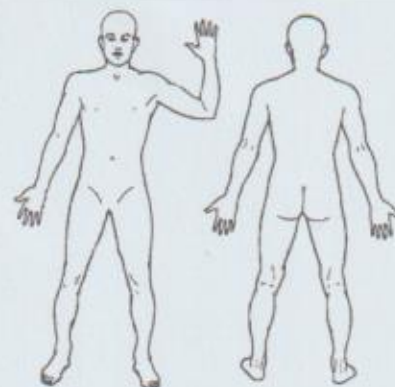
Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen

Muster 10 (4/2024)

DERMATOPATHOLOGIE FREIBURG

DR. K.-F. DEML · DR. A. FREY · DR. S. HÖRSTER · PD DR. S. KRAFT
 DR. A. ORTINS-PINA · DR. A. SAGGINI · DR. K. WALLERIUS · PD DR. W. WEYERS
POSTFACH 1268 D-79012 FREIBURG TEL.: 07 61 / 3 16 96 FAX: 07 61 / 3 97 72
 ENGELBERGERSTR. 19 D-79106 FREIBURG E-MAIL: labor@zdpf.de www.zdpf.de
 Zertifiziert nach ISO 9001:2015
 ICDP - UEMS Training Centre Qualitätszirkel BV Pathologie Baden



Patientenname _____

Vor-Histologie? _____

Vorbehandlung _____

Klinische Beschreibung oder Diagnose Lokalisation

☐ Hautkrebs-Screening
☐ IGL
☐ § 115b – OPS: _____

☐ Schnittrandkontrolle
☐ Komplette Randschnittdiagnostik
☐ Immunfluoreszenz
☐ Molekulare Diagnostik (PCR/FISH)

☐ Totalexzision
☐ Teilexzision
☐ PE
☐ Shave
☐ Kürettage
☐ Kauter

☐ Nachrichtlich an: