Überweisungs-/Abrechnungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung

10

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

☐ Kurativ ☒ Präventiv ☐ bei belegärztl. Behandlung

Quartal: Q J J

ggf. Kennziffer

Geschlecht: W M

☐ Unfall, Unfallfolgen ☐ Kontrolluntersuchung einer bekannten Infektion

Auftragsnummer des Labors

Auftrag (Diagnose/Verdachtsdiagnose und auch wichtige Befunde/Medikation angeben)

AFP-BESTIMMUNG AUS FRUCHTWASSER

Eintrag nur bei Weiterüberweisung!

Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers

Arzt-Nr. des Erstveranlassers

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

Tag	Mon.		Tag	Mon.		Tag	Mon.	

Vertragsarztstempel abrechnender Arzt

KUVERPA Druckerei · 47877 Willich

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen