

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Musterkasse

Name, Vorname des Versicherten

Mustermann

geb. am

Maxi

12.10.1982

Musteradresse

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

123456789

A123456789

1234567

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

123456789

123456789

20.08.20

Eintrag nur bei Weiterüberweisung!

Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers

Arzt-Nr. des Erstveranlassers

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Befundübermittlung
eilt, nachrichtlich an

 Telefon
Nr. _____

 Fax
Nr. _____

Diagnose/Verdachtsdiagnose

CWA-Meldung

Befund/Medikation

Auftrag

Coronavirus-PCR

32811

Überweisungsschein für Laboratoriums-
untersuchungen als Auftragsleistung

Kurativ

Präventiv

bei belegärztl.
BehandlungUnfall,
Unfallfolgen

Auftragsnummer des Labors

Hier bitte sorgfältig
Barcode-Etikett einkleben!

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Abnahmedatum

Abnahmezeit

2	0	0	8	2	0	1	0	3	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

ggf. Kennziffer

--	--	--	--	--	--

Quartal

Q	J	J
---	---	---

Geschlecht

 Kontrolluntersuchung
bekannte InfektionBehandlung
gemäß § 116b
SGB Veingeschränkter
Leistungsanspruch gemäß § 16
Abs. 3a SGB V Empfängnisregelung, Sterilisation,
Schwangerschaftsabbruch

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift übew. Arzt