

Krankenkasse bzw. Kostenträger MBJS_Corona		
Name, Vorname des Versicherten Mustermann Maxi Musteradresse		
		geb. am 12.10.1982
Kostenträgerkennung 83887	Versicherten-Nr.	Status 1234567
Betriebsstätten-Nr. 123456789	Arzt-Nr. 123456789	Datum 20.08.20
Eintrag nur bei Weiterüberweisung!		
Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers		Arzt-Nr. des Erstveranlassers
<input type="checkbox"/> Befundübermittlung eilt, nachrichtlich an		Telefon Nr. _____ Fax Nr. _____

Überweisungsschein für Laboratoriums- untersuchungen als Auftragsleistung

Kurativ
 Präventiv
 bei belegärztl. Behandlung
 Unfall, Unfallfolgen



Auftragsnummer des Labors Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

ggf. Kennziffer

Quartal

Geschlecht

Kontrolluntersuchung bekannte Infektion

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

Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Schul-Testung

Befund/Medikation

Auftrag

Coronavirus-PCR

90842

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt