

| | | |
|---|-------------------------------|------------------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger | | |
| BARMER GEK | | 37601 |
| Name, Vorname des Versicherten | | |
| Müller Franz | | geb. am 11.11.11 |
| Musterstr. 55 | | |
| D 40221 Düsseldorf | | 06/14 |
| Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status |
| 4080005 | 123456789 | 1000 1 |
| Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum |
| 240101100 | 999996610 | 27.06.14 |
| Eintrag nur bei Weiterüberweisung! | | |
| Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers | Arzt-Nr. des Erstveranlassers | |
| 471147110 | 471247120 | |

Überweisungsschein für Laboruntersuchungen als Auftragsleistung

10BF



Kurativ Präventiv bei belegärztl. Behandlung Unfall, Unfallfolgen

Auftragsnummer des Labors
Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

ggf. Kennziffer _____ Quartal 2 | 14
 Geschlecht W M

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

Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch



Befundübermittlung eilt, nachrichtlich an Telefon Nr. _____ Fax Nr. _____

Diagnose/Verdachtsdiagnose _____

Befund/Medikation _____

Auftrag _____

AFP-Bestimmung _____

Dr. med. Monika Muster
 Fachärztin für Musterologie
 Irrestr. 86
 40221 Düsseldorf am Rhein
 Tel. vorhanden

 Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen

Muster 10/E (1.2012)

KBV-PRF. NR Y/9/1301/24/244

Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt.

Kontakt: Schürmann, Tel. (05 11) 32 73 44