

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 **471147110** Arzt-Nr. des Erstveranlassers **471247120**

Überweisungsschein für Laboratoriums- untersuchungen 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

Empfängerregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch



Abnahmedatum _____ Abnahmezeit _____

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

Diagnose/Verdachtsdiagnose _____

Befund/Medikation _____

Auftrag
Chromosomenanalyse aus Blut und humangenetisches Gutachten

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.

Auftrag
Chromosomenanalyse aus Chorionzotten und humangenetisches Gutachten

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

Auftrag
Chromosomenanalyse aus Abortmaterial und humangenetisches Gutachten

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 Laserdruc

Krankenkasse BARMER GEK, Tel. (0511) 32 73 44

Krankenkasse BARMER GEK, Tel. (0511) 32 73 44

Krankenkasse BARMER GEK, Tel. (0511) 32 73 44