



Überweisungsschein für in-vitro-diagnostische Auftragsleistungen

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Kurativ Präventiv bei belegärztl. Behandlung Unfall, Unfallfolgen

Auftragsnummer des Labors

Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

Knappschafts-kennziffer Quartal

Kontrolluntersuchung bekannte Infektion Geschlecht

Eintrag nur bei Weiterüberweisung!

Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers Arzt-Nr. des Erstveranlassers

Abnahmedatum Abnahmezeit

T T M M J J h h m m

SSW

SER eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

Befund eilt, Übermittlung an Telefon Fax Nr. _____

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen

Muster 10 (4.2024)

Antrag auf zytologische Begutachtung

Kommissarische Leitung Prof. Dr. med. Carolin Mogler
 Institut für Allgemeine Pathologie und Pathologische Anatomie der TUM
 Trogerstraße 18 · 81675 München · Tel. (089) 4140-4161 · Fax (089) 4140-4865
Tel. Befundabfrage: (089) 4140-4176 Montag – Freitag: 9:00 – 16:00 Uhr



Ambulant Stationär Kasse Privat POST B KVB

Art und Entnahmestelle des eingesandten Materials

Eingangsdatum: _____ Infektiöses Material: _____

Eingangsnnummer

Punktat
 Exfoliativ

Luftgetrocknet
 Fixiert

Pleura
 Peritoneum
 Portkard
 Schilddrüse
 Mamma
 Sekret Punktat

Bronchialsekret
 Bronchialbürste
 Sputum
 Leber
 Pankreas
 Lymphknoten
 Urin
 Spontan Spülung

Sonstiges: _____

Klinische Diagnose, Befund, Fragestellung

(Large empty area for clinical notes)

Pathologische Vorbegutachtung Nummer _____ / _____

Zusätzliche Übermittlung des Gutachtens an _____

Datum, Unterschrift