

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung    Versicherten-Nr.    Status

Betriebsstätten-Nr.    Arzt-Nr.    Datum

## Überweisungsschein für in-vitro-diagnostische Auftragsleistungen

10



Kurativ     Präventiv     bei belegärztl. Behandlung     Unfall, Unfallfolgen

**Auftragsnummer des Labors**

Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

Knappschafts-kennziffer

Quartal

Geschlecht

Kontrolluntersuchung bekannte Infektion

eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

**Eintrag nur bei Weiterüberweisung!**

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

Abnahmedatum    Abnahmezeit

SSW

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)

# MVZ Pathologie & Zytologie Rhein-Sieg

PD Dr. med. A. Pérez Bouza · PD Dr. med. M. Braun

Geschäftsführer und ärztliche Leiter, Fachärzte für Pathologie

Mendener Str. 12, 53840 Troisdorf · Tel.: 02241 17010 · Fax: 02241 170133 · www.patho-rhein-sieg.de

Institut zertifiziert nach ISO 9001:2015 / TÜV Süd, Register Nr. 12 100 39855

|  |   |   |
|--|---|---|
| <b>Letzter Zytologischer Befund:</b><br>Z-Nr. / Jahr: _____<br>Gruppe: _____ | <b>Anamnese:</b> nein    ja<br>Gynäkologische OP, Strahlen- oder Chemotherapie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  | <b>Material:</b><br>Portio / Zervix <input type="checkbox"/> IGeL <input type="checkbox"/><br>Vagina <input type="checkbox"/><br>Dünnschicht <input type="checkbox"/><br>HPV-Test <input type="checkbox"/><br>(GKV-Pat. bitte separaten Überweisungsschein ausfüllen)<br>Vulva <input type="checkbox"/><br>Endometrium / IUP-Abstrich <input type="checkbox"/><br>Anal <input type="checkbox"/> |
|  | <b>Klinische Diagnose / Kolposkopischer Befund / Fragestellung:</b><br>_____<br>_____<br>_____  |   |
| Unterschrift und Stempel des Einsenders                                      | <b>Letzte Periode:</b><br>_____    nein    ja<br>Path. Blutung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>Gravidität <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>post partal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>Konisation <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>Uterusentfernung:<br>Total <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>LASH <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>IUP <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>OVH <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>sonstige Hormone <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <b>ggf. Zeichnung:</b><br>_____<br>_____<br>_____   |