

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Eintrag nur bei Weiterüberweisung!

Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers

Arzt-Nr. des Erstveranlassers

☐ Befund eilt, Übermittlung an

☐ Telefon

☐ Fax

Nr. _____

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen

Überweisungsschein für in-vitro-diagnostische Auftragsleistungen

☐ Kurativ

☐ Präventiv

☐ bei belegärztl. Behandlung

☐ Unfall, Unfallfolgen

Auftragsnummer des Labors

Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

Abnahmedatum

Abnahmezeit

SSW

Knappschafts-kennziffer

Quartal

Geschlecht

☐ Kontrolluntersuchung bekannte Infektion

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

☐ SER

☐ Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

Muster 10 (4.2024)

Auftrag*

☐ Schnellschnitt

→ Rückruf-Nr: _____

☐ Histologie

→ Schnelleinbettung: ☐ Ja / ☐ Nein

☐ Zytologie

☐ Molekularpathologie

→ Companion Diagnostic: ☐ Ja / ☐ Nein

Companion Diagnostic: Bitte zum Marker / Gen das zugelassene Medikament angeben*

Marker/Gen: _____

Medikament: _____

Leistungsspektrum: <https://www.uniklinik-ulm.de/pathologie/krankenversorgung/molekularpathologie.html>

Abrechnungsrelevante Angaben*

☐ Ambulant

☐ Stationär

Wahlleistung: ☐ Ja / ☐ Nein

☐ Gesetzlich

☐ Privat

→ PKV: _____

☐ Post A☐ Post B

☐ KVB I-IV☐ BG

→ BG: _____

Patientenaufkleber*

Pat.-ID

Fall-Nr.



Institut für Pathologie

Medizinisches Versorgungszentrum

Streng vertraulich

Überweisung externe Einsender FB-PA 161

* Pflichtfelder: für eine reibungslose und schnelle Probenbearbeitung bitten wir um vollständige Angaben.

Entnahmedatum: _____	Barcode-Etikett Pathologie (bitte freilassen)
Probenmaterial (Lokalisation und ggf. Fragestellung)*	
A.	
B.	
C.	
D.	
E.	
F.	
G.	
H.	
I.	
J.	
K.	
L.	
M.	
N.	

Wird von der Pathologie ausgefüllt:

Eingangsdatum: _____

Ankunft: ☐ fixiert ☐ unfixiert, aufgegossen: _____ Uhr

MTA/AA: _____

Material für Biobank

entnommen: ☐ nein ☐ ja

Abrechnung	
Anzahl	Gebührenziffer

Bei Schnellschnitten:

Eingang: _____ Uhr

Befunder/ Facharzt: _____

Ausgang: _____ Uhr

Gesprächspartner: _____

Diagnose: _____

Unterschrift: _____