

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

Überweisungsschein für in-vitro-diagnostische Auftragsleistungen



Kurativ



Präventiv



bei belegärztl.
Behandlung



Unfall,
Unfallfolgen

Auftragsnummer des Labors

Knappschafts-
kennziffer

Quartal

Geschlecht



Kontrolluntersuchung
bekannte Infektion



SER

eingeschränkter
Leistungsanspruch

gemäß § 16
Abs. 3a SGB V



Empfängnisregelung, Sterilisation,
Schwangerschaftsabbruch

Abnahmedatum

Abnahmezeit

SSW

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

PRFNr.

Muster 10/D (4.2024)

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen