

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 Nachreichung

Überweisungsschein für in-vitro-diagnostische Auftragsleistungen

Kurativ Präventiv bei belegärztl. Behandlung Unfall, Unfallfolgen

Auftragsnummer des Labors

Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

Knappschafts-kennziffer _____

Quartal **Q J J**

Geschlecht _____

Kontrolluntersuchung bekannte Infektion

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

Abnahmedatum **T T M M J J** Abnahmezeit **h h m m** SSW _____

Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

IGeL-Leistung

Eingriff § 115 b

Hautkrebscreening

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

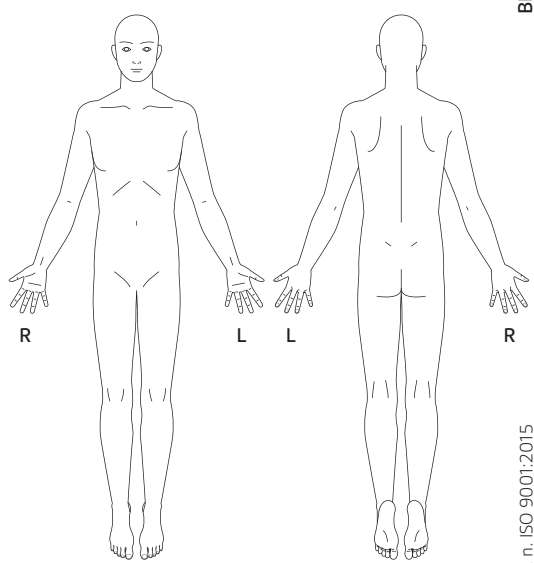
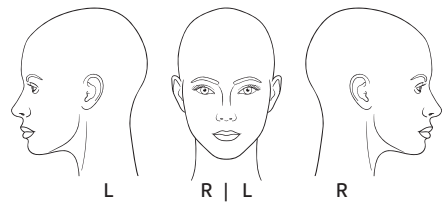


Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen

Muster 10 (4.2024)



medermis MVZ
Dermatopathologie Offenbach GmbH
Postfach 100454 / 63004 Offenbach
T + 49 (0)69 . 98 97 243 - 0
F + 49 (0)69 . 98 97 243 - 30
sec@histologielabor.de
www.histologielabor.de



Lokalisation bitte mit Nummern markieren!

PATIENTEN-NR.: _____

FOTO: Ja Nein

	Klinischer Sicherheitsabst. (mm)	Exzision	Mikrografische Schnitttrandkontrolle	Shave	Kürettage	Probebiopsie
1. _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

VORHISTOLOGIE-NR.: _____

ELISA Molekulardiagnostik Immunfluoreszenz Alopezie

Bitte nicht ausfüllen. Nur für laborinternen Gebrauch.

19310	19312	19315	19320
-------	-------	-------	-------

75	Porto	4815t	4815r3	4800
----	-------	-------	--------	------

Serie	Stufen	PAS	Giemsa	EvG	AB
-------	--------	-----	--------	-----	----

32505	40094	88115	
-------	-------	-------	--

4802	4815	4830A	IGEL	Hg
------	------	-------	------	----

Annahme	Zuschnitt	Ausbetten	Schneiden	Abgabe	Kontrolle
---------	-----------	-----------	-----------	--------	-----------

BITTE NICHT ABTRENNEN!

Zert. n. ISO 9001:2015