



Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten **MUSTER** geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Eintrag nur bei Weiterüberweisung!
 Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers Arzt-Nr. des Erstveranlassers

Überweisungsschein für Laboruntersuchungen als Auftragsleistung

Kurativ Präventiv bei belegärztl. Behandlung Unfall, Unfallfolgen

Auftragsnummer des Labors

Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

ggf. Kennziffer Quartal

Kontrolluntersuchung bekannte Infektion Geschlecht

Behandlung gemäß § 116b SGB V eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

Befundübermittlung eilt, nachrichtlich an Telefon Nr. Fax Nr.

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Vertragsarztstempel / Unterschrift über. Arzt

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen

Muster 10 (10.2014)



SSW

letzte Regel

Zyklusstag

Zykluslänge

WW+T

TTMMJJ

<input type="checkbox"/> Telefonisch (Eilt)	<input type="checkbox"/> Fax (Eilt!)		<input type="checkbox"/> zusätzliche Anforderungen
<input type="checkbox"/> HELLP E,S,U	<input type="checkbox"/> APS-Diagnostik C,S	<input type="checkbox"/> Kreatinin U	<input type="checkbox"/> Mikrobiologie
<input type="checkbox"/> Mutterschaftsvorsorge	<input type="checkbox"/> Protein C C	<input type="checkbox"/> Urinsediment U	<input type="checkbox"/> Material
<input type="checkbox"/> Chl. trachomatis (PCR) 5) U	<input type="checkbox"/> Antithrombin III C	<input type="checkbox"/> Urinstatus U	<input type="checkbox"/> Urin
<input type="checkbox"/> HIV 1/2 S	<input type="checkbox"/> Fibrinogen C	<input type="checkbox"/> Infektionsdiagnostik	<input type="checkbox"/> Stuhl
<input type="checkbox"/> HBs Ag S	<input type="checkbox"/> PAI C	<input type="checkbox"/> CRP S	<input type="checkbox"/> Vaginal-Abstrich
<input type="checkbox"/> Lues-Suchtest S	<input type="checkbox"/> Faktor V Leiden Mut. E	<input type="checkbox"/> PCT S	<input type="checkbox"/> Cervix-Abstrich
<input type="checkbox"/> Röteln S	<input type="checkbox"/> Faktor II Mutation E	<input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis-PCR MC	<input type="checkbox"/> Wundabstrich
<input type="checkbox"/> Blutgruppe/AK Suchtest 1) E	<input type="checkbox"/> D-Dimere C	<input type="checkbox"/> CMV 2) S	<input type="checkbox"/> Analabstrich
<input type="checkbox"/> Antikörper-Suchtest E	<input type="checkbox"/> TPZ C	<input type="checkbox"/> Neisseria gonorrhoeae-PCR MC	<input type="checkbox"/> Erreger
<input type="checkbox"/> Antikörperdifferenz. E,S	<input type="checkbox"/> PFA-100® C	<input type="checkbox"/> Hepatitis A S	<input type="checkbox"/> E+R
<input type="checkbox"/> Präventionsleistungen 4)	<input type="checkbox"/> Klinische Chemie	<input type="checkbox"/> Hepatitis B S	<input type="checkbox"/> Mykoplasmen
<input type="checkbox"/> Röteln S	<input type="checkbox"/> Bilirubin S	<input type="checkbox"/> Hepatitis C S	<input type="checkbox"/> GO
<input type="checkbox"/> VZV S	<input type="checkbox"/> Gesamt-Eiweiß S	<input type="checkbox"/> Herpes-Serologie S	<input type="checkbox"/> Pilze
<input type="checkbox"/> Chl. trachomatis (PCR)* 5) U	<input type="checkbox"/> Glukose, nüchtern NaF	<input type="checkbox"/> HIV 2) S	<input type="checkbox"/> β-Streptokokken
<input type="checkbox"/> (Immun-)hämatologie	<input type="checkbox"/> Glukose oGTT NaF	<input type="checkbox"/> HPV-HR 3) MC	<input type="checkbox"/> Sonstige
<input type="checkbox"/> kleines BB E	<input type="checkbox"/> GOT S	<input type="checkbox"/> Parvovirus B19 2) S	<input type="checkbox"/> Profile
<input type="checkbox"/> großes BB E	<input type="checkbox"/> GPT S	<input type="checkbox"/> Toxoplasmose 2) S	<input type="checkbox"/> OP-Vorbereitung NaF,S,C,E
<input type="checkbox"/> Blutgruppe/AK-Suchtest 1) E	<input type="checkbox"/> GGT S	<input type="checkbox"/> VZV 2) S	<input type="checkbox"/> Individuelles Profil 1 S
<input type="checkbox"/> Coombs-Test direkt E	<input type="checkbox"/> Haptoglobin S	<input type="checkbox"/> Schilddrüse	<input type="checkbox"/> Individuelles Profil 2 S
<input type="checkbox"/> Coombs-Test indirekt E	<input type="checkbox"/> Harnsäure S	<input type="checkbox"/> TSH S	<input type="checkbox"/> Individuelles Profil 3 S
<input type="checkbox"/> Anämie	<input type="checkbox"/> HbA1c E	<input type="checkbox"/> ft3 S	<input type="checkbox"/> Individuelles Profil 4 S
<input type="checkbox"/> Eisen S	<input type="checkbox"/> Hb-Elektrophorese E	<input type="checkbox"/> ft4 S	<input type="checkbox"/> Legende:
<input type="checkbox"/> Ferritin S	<input type="checkbox"/> Kalium S	<input type="checkbox"/> TPO-Ak S	HELLP: kBB, GOT, GPT, GGT, LDH,Bili,Krea, Haptoglobin, Mikroalb. i.U.
<input type="checkbox"/> Folsäure S	<input type="checkbox"/> Kreatinin S	<input type="checkbox"/> TRAK S	OP-Vorbereitung: BZ, GGT, Krea, K, kBB, Quick, PTT
<input type="checkbox"/> Vitamin B12 S	<input type="checkbox"/> LDH S	<input type="checkbox"/> Hormone	
<input type="checkbox"/> Transferrin-Sättigung S	<input type="checkbox"/> Lipase S	<input type="checkbox"/> Anti-Müller-Hormon S	<input type="checkbox"/> Risikoschwangerschaft 6)
<input type="checkbox"/> Gerinnung	<input type="checkbox"/> Natrium S	<input type="checkbox"/> Androstendion S	<input type="checkbox"/> β-HCG, frei S
<input type="checkbox"/> APC-Resistenz C	<input type="checkbox"/> Urin	<input type="checkbox"/> Cortisol S	<input type="checkbox"/> Progesteron S
<input type="checkbox"/> Quick/INR C	<input type="checkbox"/> Albumin U	<input type="checkbox"/> DHEA-S S	<input type="checkbox"/> AFP S
<input type="checkbox"/> PTT C	<input type="checkbox"/> Eiweiß im Urin U		<input type="checkbox"/> PAPP-A S
<input type="checkbox"/> Protein S C			



0026001202

C = Citrat / U = Urin / NaF = Fluoridblut / S = Serum / E = EDTA / MC = MultiCollect-Röhrchen; * = wenn die Patientin jünger als 25 Jahre alt ist oder ein Schwangerschaftsabbruch vorliegt;
 1) = Röhrchen m. Namen, Vornamen u. Geburtsdatum beschriftet / 2) = bei Verdacht auf Infektion / 3) = bei auffälliger Cervix-Zytologie / 4) = vor Schwangerschaft / 5) = Screening / 6) = s. Unters.antrag pränatale Risikobestimmung

RIECO Orgaform Altenburg GmbH © 03447 8519-0 02/15