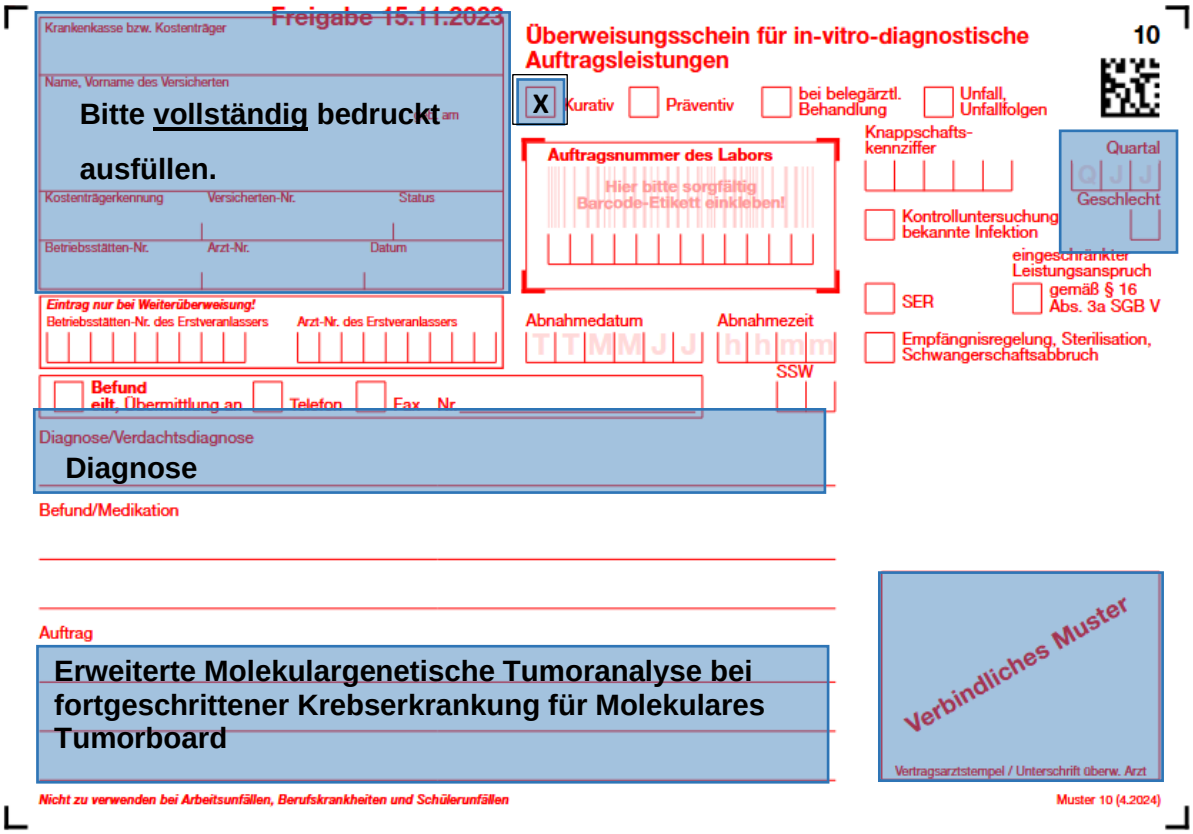
Vorlage für den notwendigen Anforderungsschein Muster 10

(bitte blau hinterlegte Felder ausfüllen)


Freigabe 15.11.2023

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

Bitte vollständig bedruckt ausfüllen.

Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

Überweisungsschein für in-vitro-diagnostische Auftragsleistungen

10

X 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

SER

Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

Eintrag nur bei Weiterüberweisung!

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

Abnahmedatum | Abnahmezeit

SSW

Befund eilt, Übermittlung an | Telefon | Fax-Nr.

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Diagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Erweiterte Molekulargenetische Tumoranalyse bei fortgeschrittener Krebserkrankung für Molekulares Tumorboard

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen

Muster 10 (4.2024)

Bei Fragen zur MTB-Anmeldung sowie zum allgemeinen MTB-Prozess steht Ihnen die MTB-Koordination als zentrale Anlaufstelle sehr gerne zur Verfügung.

- MTB-Koordination: Lisa Colberg, M. Sc.; Juliane Gellrich, M. Sc.
  Telefon: 03834 – 86 22106
  E-Mail: mtb@med.uni-greifswald.de