

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.

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

Geschlecht

☐ Kontrolluntersuchung bekannte Infektion

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

☐ SER

☐ Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

Abnahmedatum

Abnahmezeit

SSW

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Hp BB

Heubnerweg 2a | 14059 Berlin

T: 030/326411 -26 | F: 030/326411 -29

Datum der Entnahme

T

T

M

M

J

J

☐ präventiv

☐ kurativ

Relevante Vorbefunde

Medikamenteneinnahme

NSAR/ASS

PPI-Therapie

Eradikationstherapie

Endoskopischer Befund (bitte ankreuzen)

Ösophagus/Cardia	Magen	Duodenum	Colon
☐ o. B.	☐ o. B.	☐ o. B.	☐ o. B.
☐ Ulcus/Erosionen	☐ Ulcus/Erosionen	☐ Ulcus/Erosionen	☐ Diskontinuierliche Colitis
☐ V. a. Soor	☐ Atrophie-Zeichen	☐ Atrophie-Zeichen	☐ Kontinuierliche Colitis
☐ Reflux	☐ Polypen	☐ Polypen	☐ Hyperplasie
☐ Rote Zunge/V. a. Barrett	☐ HP-Aspekt	☐ HP-Aspekt	☐ Adenom
☐ Tumor	☐ Tumor	☐ Tumor	☐ Tumor

Endoskopischer Befund (bitte ankreuzen)

Ggf. Skizzierung der Läsion

I

II

III

IV

V

VI