

# AUSFÜLLHILFE

Laborüberweisungsschein Muster-10

Krankenkasse/Kostenträger

Patientendaten

Betriebsstättennr. + Lebenslange Arztnr.

Abnahmedatum: Tag/Monat/Jahr  
Uhrzeit: hh/mm

**Hinweis:**  
Laut Mutterschaftsrichtlinie ist der Test abrechenbar wenn:  
  
- Hinweise auf Trisomie 21, 18 und 13 aus vorangegangenen Untersuchungen  
  
- Arzt & Patientin kommen gemeinsam zu der Überzeugung, dass ein NIPT in der persönlichen Situation der Patientin notwendig ist. z.B.: mütterliche Sorge

Bitte tragen Sie „01870“ ein  
  
(Pränatale Untersuchung fetaler DNA aus mütterlichem Blut auf das Vorliegen einer Trisomie 21, 18 und 13

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

Abnahmedatum Abnahmezeit

Befund eilt, Übermittlung an  Telefon  Fax Nr. \_\_\_\_\_

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen

### Überweisungsschein für Laboratoriums- untersuchungen als Auftragsleistung

Kurativ  Präventiv  bei belegärztl. Behandlung  Unfall  Unfallfolgen

**Auftragsnummer des Labors**

Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

Knappschafts-kennziffer

Kontrolluntersuchung bekannte Infektion


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

Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

Quartal Geschlecht

Abnahmedatum: TTMMJJ hhmm SSW

10



Kreuzen Sie die Art der Behandlung „Präventiv“ an.

Tragen Sie das Quartal ein

Geschlecht der Patientin:  
W  
D = Divers

Schwangerschaftswoche

NIPT ist ab der 10. Schwangerschaftswoche (SSW 9+0 p.m.) möglich

Arztstempel & Unterschrift

Muster 10 (10.2020)

MUSTER