

# Hinweise zum Ausfüllen des Muster 10 ab 01.01.2012

Versichertendaten komplett ausfüllen (**Schriftart: Courier, Schriftgröße: 10**)  
Jegliche handschriftliche Vermerke im Kopffeld führen zu Fehlern in der Erfassung.

nur auszufüllen bei Erteilung des Auftrages durch einen anderen Arzt als Auftragsleistung durch „Weiterüberweisung“

**neu:** eilige Untersuchung  
Tel.- und Faxnr. nur angeben, wenn abweichend von Praxis,

**Achtung!** Berücksichtigung des Datenschutzes (siehe unsere Information vom 04.01.2012 - Formblatt Entbindung von der Schweigepflicht ist durch Patient auszufüllen)

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
Mustermann	geb. am	01.12.1941
Musterweg 10		03/11
12345 Musterstadt		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
7765432	1112223334	1000 9
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
976665554	887766554	TT.MM.JJ
Eintrag nur bei Weiterüberweisung! Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers		Arzt-Nr. des Erstveranlassers
Abnahmedatum		Abnahmezeit
T T M M J J		h h m m
<input type="checkbox"/> Befundübermittlung eilt, Nachrichtlich an	Telefon Nr.	Fax Nr.
Diagnose/Verdachtsdiagnose		
Befund/Medikation		
Auftrag		
Vertragsarztstempel / Unterschrift Oberw. Arzt		

Barcode zur Identifikation

## Überweisungsschein für Laboruntersuchungen als Auftragsleistung

Kurativ  Präventiv  bei belegärztl. Behandlung  Unfall, Unfallfolgen

Auftragsnummer des Labors  
Schein 90.4998.0788

ggf. Kennziffer

Quartal  
Q J J

Geschlecht  
W X

Kontrolluntersuchung bekannte Infektion

Behandlung gemäß § 116b SGB V

eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

Bitte ankreuzen bei bereits bekannter Infektion



Geschlechtsangabe, Quartal, evtl. Ausnahmeindikationsziffer (32005-32023) angeben!

Bitte ankreuzen, bei eingeschränktem Leistungsanspruch (Muster 85, Nachweis bei Ruhen des Anspruchs)

derzeit nicht anzukreuzen (siehe auch Deutsches Ärzteblatt, Heft 50, 16. Dezember 2011)

Bitte ein Feld ankreuzen, wenn Auftragsleistungen in diesem Zusammenhang anfallen

**neu:** Tag der Abnahme  
**neu:** Zeit der Abnahme  
Keine Leerzeichen, Komma, Punkt, Doppelpunkt benutzen

Arztstempel und Unterschrift nicht vergessen!

Muster 10 (1.2012)