

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

**Befundübermittlung eilt, nachrichtlich an**      Telefon Nr. \_\_\_\_\_      Fax Nr. \_\_\_\_\_

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

*Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen*

## Überweisungsschein für Laboruntersuchungen als Auftragsleistung

Kurativ     Präventiv     bei belegärztl. Behandlung     Unfall, Unfallfolgen

**Auftragsnummer des Labors**

Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

Abnahmedatum      Abnahmezeit

T T M M J J      h h m m

ggf. Kennziffer

Quartal

Geschlecht

Kontrolluntersuchung bekannte Infektion

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

Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch



Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

Muster 10 (10.2019)

## Toxikologie - Arbeitsmedizin



**Angaben zum eingesandten Material**

*Bitte nur 1 Material je Auftrag einsenden*

Spontanurin (nativ; min. 2ml)

Exposition mit (Mehrfachnennung möglich):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dauer und Ende der Exposition vor Probengewinnung:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Arbeitsmedizinische Untersuchungen mit HPLC**

*Im Urin*

Muconsäure

Mandelsäure + Phenylglyoxylsäure

Hippursäure

ortho-, meta-, para-Methylhippursäure (Summe)

ortho-Kresol

Phenol

Weitere Untersuchungen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

