Krankenkasse Kat.

Scheinart

[x] Überweisung [ ] Erste Hilfe

[ ] Vertretung [ ] Sonntagsdienst

PATIENT
Familienname Vorname VersicherungsNr. Arbeitsunfähig [ ] Ja [ ] Nein

Wohnanschrift

Überweisung an:

[ ] Vertragsfachärztin/-arzt(Ambulatorium) für: [ ] Vertragsärztin/-arzt für Allgemeinmedizin

VERSICHERTER
Familienname Vorname VersicherungsNr.

Dienstgeber

Rezeptgebührenbefreiung: Nein

Zweck der Überweisung bzw. gewünschte Leistung genau bekanntgeben:

Diabeteslabor:
Blutbild, CRP, TSH, GOT, GPT, yGT, alkal. Phosphatas, Bilirubin, LDH, Lipase, Harnstoff, Creatinin, GFR, Harnsäure, Natrium, Kalium, Calcium, Vitamin B12,
Hba1c, Nüchternglucose, C-Peptid, GAD und IA2 Auto-antikörper
Gesamtcholesterin, LDL, HDL, Triglyceride
BNP

Albumin/Creatinin Ratio im Harn, Harnsediment

LpA (falls noch nie bestimmt, sonst Befundmitgabe)

Datum Unterschrift und Stempel der/des überweisenden Ärztin/Arztes

Behandlungsbeginn: .....

Leistungen / Vermerke

Diagnosen: