

## Wichtige Hinweise zur korrekten Anforderung des Bayerischen Testangebotes

- **Muster-10-Schein bitte korrekt ausfüllen (siehe unten):**
  - Krankenkasse: Bayer. Landesinstitut für Gesundheit 71800
  - Kostenträgerkennung: 10007180
  - Präventivmarkierung
  - Diagnose: U99.0!G, Z11G
  - Auftrag: 98055 Bayerisches Testangebot
- Das Bayerische Testangebot gilt **nur für Covid-Abstriche**, auf dem Schein dürfen **keine weiteren Untersuchungen** wie z. B. Covid-Antikörper angefordert werden.
- Sind bei einem Patienten am gleichen Tag weitere Laboruntersuchungen gewünscht, muss der Schein hierzu über den im AIS bestehenden Datensatz und die dort hinterlegte Krankenversicherung angefordert werden.
- **Labortüte:** Notfalltüte (rot) mit Aufschrift „2019-nCoV“ nutzen; In Kürze stellen wir zur besseren Unterscheidung separate Labortüten für Corona-Proben zur Verfügung, die Sie ab KW 32 über Ihren Bestellschein anfordern können.
- **Abrechnung:** Falsch ausgefüllte Scheine können wir leider nicht abrechnen, so dass wir diese bei Ihnen nachfordern müssen – diesen Aufwand möchten wir Ihnen gern ersparen.
- Eine **nachträgliche Umwidmung** von Kassenaufträgen auf solche des Bayerischen Testangebotes oder umgekehrt ist uns derzeit aus organisatorischen Gründen **ausdrücklich nicht möglich**.
- Bitte geben Sie diese Information auch an Ihre Kollegen/Kolleginnen sowie das Praxispersonal weiter.

Krankenkasse bzw. Kostenträger <b>Bayer. Landesinstitut für Gesundheit 71800</b>		<b>Überweisungsschein für Laboratoriums-</b> <b>untersuchungen als Auftragsleistung</b>		<b>10</b> 
Name, Vorname des Versicherten geb. am		<input type="checkbox"/> Kurativ <input checked="" type="checkbox"/> Präventiv <input type="checkbox"/> bei belegärztl. Behandlung <input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolgen		
Kostenträgerkennung <b>100071800</b>		<b>Auftragsnummer des Labors</b> Hier bitte sorgfältig beschriften (Bleistift vermeiden!)		ggf. Kennziffer Quartal Geschlecht
Versicherten-Nr. Status Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum		Behandlung gemäß § 116b SGB V <input type="checkbox"/> eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3e SGB V <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Kontrolluntersuchung bekannte Infektion <input type="checkbox"/> Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch
Eintrag nur bei Weiterüberweisung? Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers Arzt-Nr. des Erstveranlassers		Abnahmedatum Abnahmezeit		
<input type="checkbox"/> Befundübermittlung eilt, nachrichtlich an:		Telefon Nr. Fax Nr.		
Diagnose/Verdachtsdiagnose <b>U99.0!G, Z11G</b>				
Befund/Medikation				
Auftrag <b>98055 Bayerisches Testangebot</b>				
Vertragsarztstempel / Unterschrift übert. Arzt				
<small>Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schlägerunfällen</small>				