


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 Bayer. Landesinstitut für Gesundheit 71800 Name, Vorname des Versicherten geb. am		Überweisungsschein für Laboratoriums- untersuchungen als Auftragsleistung <input type="checkbox"/> Kurativ <input checked="" type="checkbox"/> Präventiv <input type="checkbox"/> bei belegärztl. Behandlung <input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolgen		10 
Kostenträgerkennung 100071800 Versicherten-Nr. Status Betriebsstellen-Nr. Arzt-Nr. Datum		ggf. Kennziffer Quartal Geschlecht		
Eintrag nur bei Weiterüberweisung? Betriebsstellen-Nr. des Erstveranlassers Arzt-Nr. des Erstveranlassers		Hier bitte eingetragene Diagnose eintragen! Abnahmedatum Abnahmezeit		Behandlung gemäß <input type="checkbox"/> § 116b SGB V <input type="checkbox"/> eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3e SGB V <input type="checkbox"/> Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch
<input type="checkbox"/> Befundübermittlung eilt, nachrichtlich an:		Telefon Nr. Fax Nr.		
Diagnose/Verdachtsdiagnose U99.0!G, Z11G				
Befund/Medikation				
Auftrag 98055 Bayerisches Testangebot				
Vertragsarztstempel / Unterschrift übert. Arzt				

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schlägerunfällen

Muster 10 (10.2014)