

Die **Kassenärztliche Bundesvereinigung**, K.d.ö.R., Berlin

- einerseits -

und

der **GKV-Spitzenverband**
(**Spitzenverband Bund der Krankenkassen**), K.d.ö.R., Berlin

- andererseits -

vereinbaren Folgendes:

27. Änderung
der Vereinbarung über den Einsatz des Blankoformularbedruckungs-
Verfahrens zur Herstellung und Bedruckung von Vordrucken
für die vertragsärztliche Versorgung vom 1. Oktober 2014
(Anlage 2a BMV-Ä)

Artikel 1

1. In der Übersicht in Kapitel 1.4 wird der Eintrag zu Muster 10/E angepasst:

| Nr. | Formularname | Bemerkungen | Bfb-version | Barcode-Typ |
|--------------|--|--|--------------------|--------------------|
| „Muster 10/E | Überweisungsschein für in-vitro-diagnostische Auftragsleistungen | Der Barcode kann optional eine Anforderungs-ID enthalten | Ja | 3“ |

2. In der Übersicht in Kapitel 1.4 wird der Eintrag zu Muster 10L/E angepasst:

| Nr. | Formularname | Bemerkungen | Bfb-version | Barcode-Typ |
|---------------|--|--|--------------------|--------------------|
| „Muster 10L/E | Überweisungsschein für in-vitro-diagnostische Auftragsleistungen | Der Barcode kann optional eine Anforderungs-ID enthalten. Das Muster wird mit einem zusätzlichen Barcode vom beauftragenden Arzt versehen. | Ja | 3“ |

3. Die Nummern 2.10 und 2.10.1 werden angepasst:

„2.10 Muster 10/E:

Überweisungsschein für in-vitro-diagnostische Auftragsleistungen

(Stand: 04.2024)

2.10.1 Als Überweisungsschein für in-vitro-diagnostische Auftragsleistungen ist das unter Kapitel 2.10.7 abgebildete Muster 10/E zu verwenden.“

4. In den Nummern 2.10.7 und 2.10.8 werden die Abbildungen wie folgt geändert:

„2.10.7 **Muster 10/E**

| | | | | |
|---|--|---|--|---|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger Name, Vorname des Versicherten geb. am _____ | | Überweisungsschein für in-vitro-diagnostische Auftragsleistungen | | 10BF  |
| Kostenträgerbezeichnung Versicherten-Nr. Status | | <input type="checkbox"/> Kurativ <input type="checkbox"/> Präventiv <input type="checkbox"/> bei belegärztl. Behandlung <input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolgen | | Knappschafts-kennziffer _____ Quartal _____ |
| Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum | | Auftragsnummer des Labors Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben! | | <input type="checkbox"/> Kontrolluntersuchung bekannte Infektion <input type="checkbox"/> Geschlecht _____ |
| Eintrag nur bei Weiterüberweisung! Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers Arzt-Nr. des Erstveranlassers | | Abnahmedatum _____ Abnahmezeit _____ | | <input type="checkbox"/> SER <input type="checkbox"/> eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V |
| <input type="checkbox"/> Befund mit, Übermittlung an <input type="checkbox"/> Telefon <input type="checkbox"/> Fax Nr. _____ | | _____ SSW | | <input type="checkbox"/> Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch |
| Diagnose/Verdachtsdiagnose _____ _____ _____ Befund/Medikation _____ _____ _____ Auftrag _____ _____ _____ | | | | |
| _____ | | _____ | | _____ Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt |
| <small>Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schlägerunfällen</small> | | <small>Muster 10/E (4.2024)</small> | | <small>PRF. NR.</small> |

Original: DIN A5 quer

2.10.8 Muster 10L/E

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--------------------------------|------------------|--|--------------------------------|--|--|---------|--|--|-------------------------|------------------|--------|---------------------|----------|-------|--|--|--|-------------------------------|--|--|---|
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Name, Vorname des Versicherten</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerbezeichnung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Eintrag nur bei Weiterüberweisung! Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: right;">Arzt-Nr. des Erstveranlassers</td> </tr> </table> | Krankenkasse bzw. Kostenträger | | | Name, Vorname des Versicherten | | | geb. am | | | Kostenträgerbezeichnung | Versicherten-Nr. | Status | Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum | Eintrag nur bei Weiterüberweisung! Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers | | | Arzt-Nr. des Erstveranlassers | | | <div style="text-align: right; font-weight: bold;">10L</div> <h3 style="text-align: center;">Überweisungsschein für in-vitro-diagnostische Auftragsleistungen</h3> <p> <input type="checkbox"/> Kurativ <input type="checkbox"/> Präventiv <input type="checkbox"/> bei belegärztl. Behandlung <input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolgen </p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> Auftragsnummer des Labors Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben! </div> <p> Knappschafts-kennziffer _____ Quartal _____ </p> <p> <input type="checkbox"/> Kontrolluntersuchung bekannte Infektion Geschlecht _____ </p> <p> <input type="checkbox"/> SER eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V </p> <p> <input type="checkbox"/> Empfangsregelung, Stillisation, Schwangerschaftsabbruch </p> <p>Abnahmedatum _____ Abnahmezeit _____</p> <p style="text-align: right;">SSW _____</p> <p> <input type="checkbox"/> Befund mit Übermittlung an <input type="checkbox"/> Telefon <input type="checkbox"/> Fax Nr. _____ </p> <p>Diagnose/Verdachtsdiagnose, Befund/Medikation, Auftrag</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100px; margin-top: 20px;"></div> <p style="text-align: right; font-size: small;">Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt</p> |
| Krankenkasse bzw. Kostenträger | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Name, Vorname des Versicherten | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| geb. am | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kostenträgerbezeichnung | Versicherten-Nr. | Status | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Eintrag nur bei Weiterüberweisung! Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Arzt-Nr. des Erstveranlassers | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schlägerunfällen | Muster 10L/E (4.2024) | P.F.F. NR. _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Original: DIN A5 quer

Artikel 2

Inkrafttreten

Die Änderungen treten mit Wirkung zum 01.04.2024 in Kraft.

Berlin, den 18.01.2024

Kassenärztliche Bundesvereinigung, K.d.ö.R., Berlin

GKV-Spitzenverband, K.d.ö.R., Berlin