

Krankenkasse bzw. Kostenträger			Begleitschein für histologische Untersuchungen		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am	Städtisches Klinikums Dessau Institut für Pathologie		Eingangsdatum
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.	PD Dr. med. habil. P. Czapiewski		
Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis	Auenweg 38 - 06847 Dessau-Roßlau		
		Datum	Tel. (0340)501-1070 / Fax -1029		
Art des Materials					
Klin. Diagnose, Krankheitsverlauf, Angabe der klinischen Fragestellung					telefonische Benachrichtigung erbeten? Ja Nein
Frühere histologische Untersuchung					Telefon-Nr.
			Datum		
			Nr.		
Ort, Datum					
					Unterschrift des Arztes/Vertragsarztstempel

Als Versandflüssigkeit bitte nur 4 % Formalin verwenden.

Bitte nicht ausfüllen (Eintrag erfolgt durch Pathologie)!

