

Begleitschein für histologische Untersuchung - Prostatapunktionszylinder

Krankenkasse bzw. Kostenträger			Begleitschein für histologische Untersuchungen		Eingangsdatum									
Name, Vorname des Versicherten geb. am														
<table border="1"> <tr> <td>Kassen-Nr.</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Vertragsarzt-Nr.</td> <td>VK gültig bis</td> <td>Datum</td> </tr> </table>			Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status	Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum	Institut für Pathologie PD Dr. med. habil P. Czapiewski Auenweg 38 - 06847 Dessau Tel. (0340)501-1070 / Fax -1029					
			Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status									
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum												
Art des Materials			<table border="1"> <tr> <td>telefonische Benachrichtigung erbeten?</td> <td>Ja</td> <td>Nein</td> </tr> <tr> <td>Telefon-Nr.</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Unterschrift des Arztes/Vertragsarztstempel</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>			telefonische Benachrichtigung erbeten?	Ja	Nein	Telefon-Nr.			Unterschrift des Arztes/Vertragsarztstempel		
telefonische Benachrichtigung erbeten?	Ja	Nein												
Telefon-Nr.														
Unterschrift des Arztes/Vertragsarztstempel														
Klin. Diagnose, Krankheitsverlauf, Angabe der klinischen Fragestellung														
Frühere histologische Untersuchung Datum Nr.														
Ort, Datum														

Als Versandflüssigkeit bitte nur 4 % Formalin verwenden.

Bitte nicht ausfüllen (Eintrag erfolgt durch Pathologie)!

