

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname und Anschrift des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

PATHOLOGIE

Gemeinschaftspraxis
Popp / Adam / Geißinger

INGOLSTADT

Levelingstr. 21
85049 Ingolstadt

Tel. (0841) 88 55 54- 0
Fax (0841) 88 55 54-12
info@pathologie-ingolstadt.de

Untersuchungsantrag Histologie / Zytologie

EILT

Entnahmedatum: _____

Schnellschnitt (Nativmaterial) Tel.: _____

Uhrzeit: _____

<input type="radio"/>	ambulant (+ Ü-Schein)
<input type="radio"/>	stationär
<input type="radio"/>	privat Rechnung an Patient
<input type="radio"/>	ambulant
<input type="radio"/>	stationär
<input type="radio"/>	BG

Annahme:		Aufnahme:	
Bemerkung Probeneingang			
Zuschnitt:		Verteiler:	

Einsender:
Vertragsarztstempel / Unterschrift

Untersuchungsmaterial / Lokalisation / klinische Diagnose / Fragestellung:

Nachbestellung I	Nachbestellung II	Nachbestellung III

Dokumentation Kommunikation: (Rückfragen/Durchgaben an Einsender)