

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

Begutachtungsauftrag Histologie

an die Gemeinschaftspraxis
 Dr. med. A. Thiel/
 Prof. Dr. med. C. D. Gerharz
 Fachärzte für Pathologie
 Postfach 100502

Barcodefeld (bitte nicht beschriften)
--

47005 Duisburg

Empfang: Tel. 0203/63148
 Abrechnung: Tel. 0203/6008-1631

Stationär:		Ambulant:	
Regelleistung		KV	
Wahlh./Arzt/		privat	
Beihilfe		Beihilfe	
Post B		Post B	
KVB		KVB	
Knappschaft			

Datum:

Stempel und Unterschrift des Einsenders

Falls zutreffend bitte ankreuzen

- Ambulantes Operieren
- Vorsorge

Bei ambulanten Patienten (Regelklasse und Privat) immer einen ausgefüllten Überweisungsschein beifügen.

Material/Entnahmestelle:

Klinische Angaben:

Abrechnungsziffern Pathologie	
19310	
19311	
19312	
19313	
19320	
01733	
01743	
88115	
40100	
40120	
40144	