

|  |                  |        |
|--|------------------|--------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger   |                  |        |
| Name, Vorname und Adresse des/der Versicherten<br>geb. am  |                  |        |
| Kostenträgerkennung  | Versicherten-Nr. | Status |
| Betriebsstätten-Nr.  | Arzt-Nr.         | Datum  |
| <b>Ambulant:</b><br><input type="checkbox"/> KV <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> KVB <input type="checkbox"/> PostB <input type="checkbox"/> ASV <input type="checkbox"/> Beihilfe <input type="checkbox"/> <b>Vorsorge</b>  |                  |        |
| <b>Stationär:</b><br><input type="checkbox"/> <b>Regelleistung</b> <input type="checkbox"/> <b>Wahlleistung / Arzt</b> <input type="checkbox"/> KVB I-III <input type="checkbox"/> IV<br><input type="checkbox"/> PostB <input type="checkbox"/> Beihilfe <input type="checkbox"/> Bundesknappschaft |                  |        |

Barcodefeld (nicht beschriften)



MVZ Pathologie BETHESDA gGmbH  
 Heerstr. 219  
 47053 Duisburg  
 Tel.: 0203 6008 1600  
 Fax: 0203 6008 1649

## Begutachtungsauftrag Histologie

Bei ambulanten und privat versicherten Patienten bitte immer einen ausgefüllten Überweisungsschein mitsenden!

### Art des Materials:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_

### Entnahmestelle:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift  
Stempel

### Klinische Angaben: