

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname und Adresse des/der Versicherten geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
Ambulant: <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"/> Vorsorge		
Stationär: <input type="checkbox"/> Regelleistung <input type="checkbox"/> Wahlleistung / Arzt <input type="checkbox"/> KVB I-III <input type="checkbox"/> IV <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. _____

Anamnestic Angaben:

Datum, Unterschrift
 Stempel