

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

**Begutachtungsauftrag**  
**Institut für Pathologie**  
**am St. Franziskus-Hospital**  
 Dr. med. F. EITELBACH  
 Dr. med. H. GRIEFINGHOLT  
 Dr. med. J. NEUMANN  
 PD Dr. med. T. SPIEKER  
 Dr. med. F. WÖTZEL (angest.)  
 • Fachärzte für Pathologie •  
 Zytologie • Molekularpathologie  
 Gemeinschaftspraxis



Rev. 3 02/2017

Bitte für Barcode freilassen

↓ Bitte Block unten freilassen ↓

Stationär:  Regelleistung  ärztliche Wahlleistung  
 Ambulant:  Kasse  Privat

**Schnellschnitt**

Anzahl Gefäße	Rest
---------------	------

Material/Lokalisation:

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....

Fragestellung/Diagnose:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Präparationsangaben

Färbungen

Tel.-Nachricht erbeten an: .....

FAX-Nachricht erbeten an: .....

Nachrichtlich an: .....

.....

Einsender

  
  
  

Stempel/Unterschrift des Arztes

Annahme	Bearbeitung	Uhrzeit
Befunder	Abgabe	Datum