

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