

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Bitte ankreuzen

BG-Fall	stat.	amb.	privat
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cito

 ja

 nein

Übermittlung per Tel: _____
Telefonnummer

Nur vom Labor auszufüllen

Barcode Labor

Stempel Kapseln:

Begutachtungsantrag

für histo- und zytologische Untersuchungen

Institut für Histologie und Zytologie



MVZ Neuruppin II

Leitung: **Dr. med. Frank Lippek**

Fehrbelliner Str. 38

16816 Neuruppin

Tel: 03391 39-1985 Fax: 03391 39-1989

Das Anforderungsformular verbleibt im Archiv der Pathologie

<p>Befundkopie an:</p> <hr/> <hr/> <p>Bitte vollständige Anschrift eintragen.</p> <p><input type="checkbox"/> Eine schriftliche Einverständniserklärung des Patienten zum Kopieversand an o.g. Arzt liegt vor.</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 120px; margin-bottom: 10px;"></div> <p style="text-align: center; font-size: small;">Arztstempel/Unterschrift des Einsenders</p>
<p>_____</p> <p style="font-size: x-small;">Entnahmedatum</p>	

Eingesendetes Material:

Klinische Angaben:

Fragestellung:

gewünschtes Versandmaterial:

Gefäße

Versandtüten

Untersuchungsscheine

 groß klein