

Untersuchungsauftrag Haut



Dr. med. B. Bier
Priv.-Doz. Dr. med. E. Eltze
FA K. Emrich
Dr. med. C. Heinrich*
Prof. Dr. med. W. Püschel*

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

Institut für Pathologie Saarbrücken-Rastpfuhl

Klinische, molekulare und Zyto-Pathologie
 Gemeinschaftspraxis für Pathologie
 *Angestellter Arzt i.S.v. §32b Abs. II Ärzte-ZV
 Rheinstraße 2, 66113 Saarbrücken
 Telefon 06 81 / 99 27 110
 Telefax 06 81 / 99 27 109
 eMail: sekretariat@pathologie-saarbruecken.de
 www.pathologie-saarbruecken.de

Barcode-Etikett (nur für Pathologie, Feld bitte freilassen)

Eingangsdatum.....

Anzahl der Probengefäße (bitte angeben!)

Vorbefunde (H-Nr.).....

Art des Untersuchungsmaterials und Lokalisation (bitte auch einzeichnen)

.....

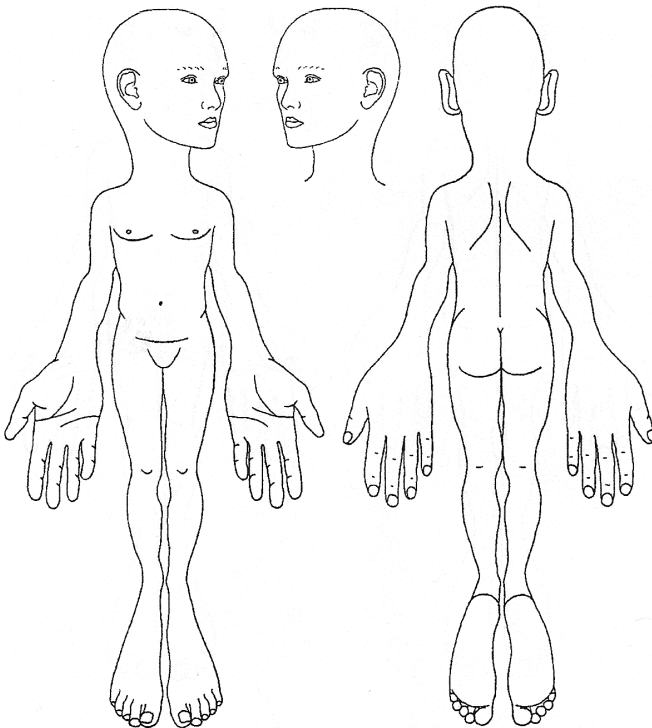
.....

.....

Bitte unbedingt ankreuzen!

Ambulant	<input type="checkbox"/>	Kasse	<input type="checkbox"/>
Ambulante OP	<input type="checkbox"/>	Privat	<input type="checkbox"/>
Stationär	<input type="checkbox"/>	Präventiv / HKS	<input type="checkbox"/>

Materialannahme	<input type="text"/>
Zuschneide-Ass.	<input type="text"/>
Ausgabe	<input type="text"/>
	<input type="text"/>



Stempel (Einsender)

Datum / Unterschrift (Einsender)