

| | | | | | | | |
|--|--|--|---|---|---------|--|--|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger | | <input type="checkbox"/> Kurativ | <input type="checkbox"/> Präventiv | <input type="checkbox"/> bei belegärztl. Behandlung | Quartal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Name, Vorname des Versicherten geb.am | | <input type="checkbox"/> Unfall Unfallfolgen | Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2 | | TTMMJJ | | Geschlecht <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M |
| Kassen-Nr. | | Versicherten-Nr. | | Status | | Überweisung an | |
| Vertragsarzt-Nr. | | VK gültig bis | | Datum | | <input type="checkbox"/> Ausführung von Auftragsleistungen <input type="checkbox"/> Konsiliaruntersuchung <input type="checkbox"/> Mit-/Weiterbehandlung AU bis TTMMJJ | |
| Auftrag (bitte auch wichtige Befunde / Medikation angeben) / Diagnose / Verdacht | | | | | | | |



**Zentrum für
Histopathologie**

Unritzstraße 21d, 09117 Chemnitz
Tel.: 0371 / 83 29 300, Fax: 0371 / 83 29 304

Eingang-Nr.
(Pathologie)

Eingangsdatum:

Begleitschein für histologische Untersuchungen

Klinische Diagnose:

Klinische Angaben und Fragestellung, Ergebnisse von auswärtigen Voruntersuchungen:

Gynäkologischer Befund:

Zyklus: letzte Regel:.....

hormonell vorbehandelt:..... Ov.-hemmer:.....

Präparat

- | | |
|-----------|-----------|
| 1.) | 6.)..... |
| 2.) | 7.)..... |
| 3.) | 8.)..... |
| 4.) | 9.)..... |
| 5.) | 10.)..... |

Rückruf erbeten:

ja: Tel.-Nr.: _____

Ort, Datum:

Praxisstempel / Unterschrift