

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:

Präparat:

- 1.) 8.).....
- 2.) 9.).....
- 3.) 10.).....
- 4.) 11.).....
- 5.) 12.).....
- 6.) 13.).....
- 7.) 14.).....

Rückruf erbeten:

ja: Tel.-Nr.: _____

Ort, Datum:

Praxisstempel / Unterschrift