

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 <span style="float: right;">geb.am</span>			<input type="checkbox"/> Unfall Unfallfolgen	Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kassen-Nr.      Versicherten-Nr.      Status			Überweisung an			Geschlecht <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M		
Vertragsarzt-Nr.      VK gültig bis      Datum			<input type="checkbox"/> Ausführung von Auftragsleistungen	<input type="checkbox"/> Konsiliaruntersuchung	<input type="checkbox"/> Mit-/Weiterbehandlung	AU bis <input type="checkbox"/>		
Auftrag (bitte auch wichtige Befunde / Medikation angeben) / Diagnose / Verdacht								



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

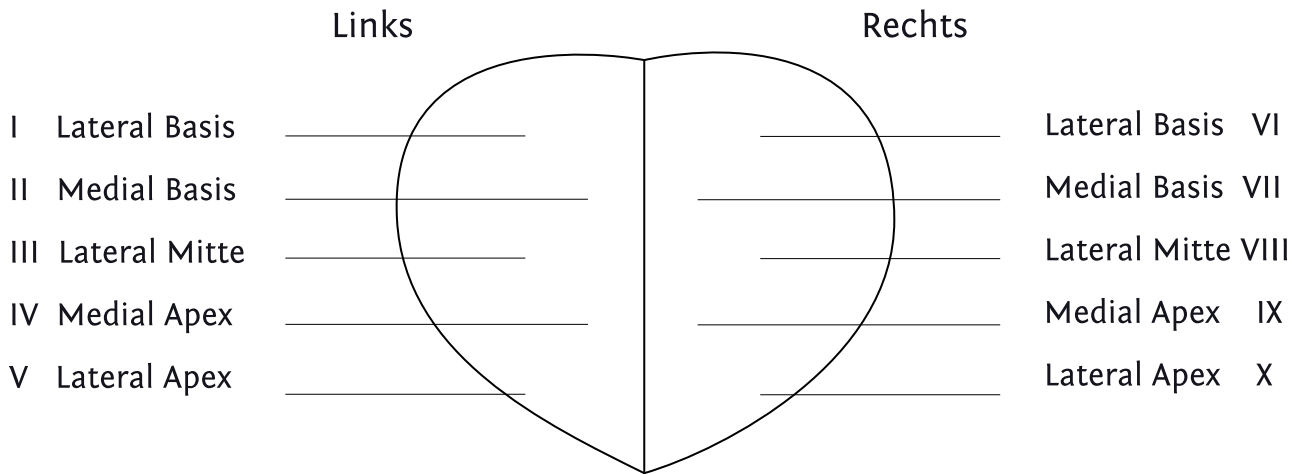
Eingang-Nr.  
(Pathologie)

Eingangsdatum:

Praxisstempel / Unterschrift

## Histologische Untersuchung von Prostatastanzbiopaten

### Lokalisation:



PSA
-----

TRUS
------

Palpationsbefund und weitere klinische Angaben
--

Rückruf erbeten: ja: <input type="checkbox"/>	Tel.-Nr.: _____	Ort, Datum: _____
---	-----------------	-------------------