AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft

Name, Vorname der versicherten Person

geb. am

Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status

Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Untersuchungsantrag

Gemeinschaftspraxis für Pathologie Minden
R. Danebrock, N. Jonigkeit, E. Freitag, C. Veit, A. Versmold
Paul-Ehrlich-Str. 9
32429 Minden

Tel.: 0571/790-4701
Fax: 0571/790-294701
E-Mail: Info@Klinikum-Minden.de

Laboraufkleber

Eingang

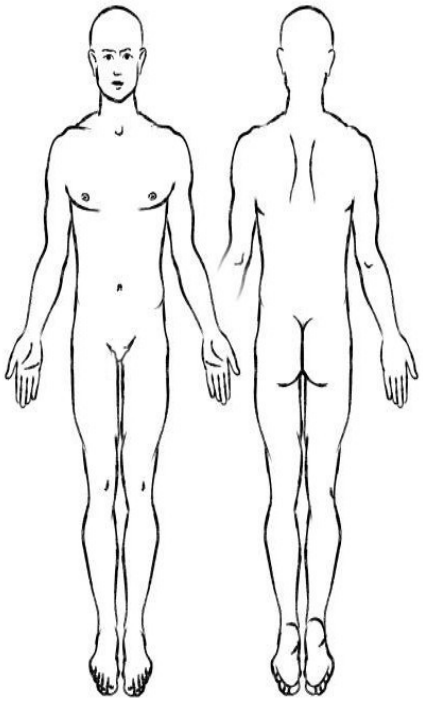
Ausgang

Selbstzahler ☐ **Ambulant** ☐ **AO** ☐ **ASV** ☐

Färbungen

Vertragsarztstempel/Unterschrift des überw. Arztes

Entnahmetag:_____



Untersuchungsmaterial u./o. Entnahmelokalisation

I: _____

II: _____

III: _____

IV: _____

V: _____

VI: _____

VII: _____

VIII: _____

IX: _____

X: _____

Legende Kürzel:
EX: Exzison; **PE**: Probeexzision; **ST**: Stanze;
SH: Shave-Biopsie; **CU**: Curretage

Makroskopie der Pathologie

Klinische Angaben: