

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

- ☐ KV
 ☐ Stationär
 ☐ Privat
☐ ASV
 ☐ AOP 88115
 ☐ Vorsorge

Einsenderin/Einsender (Kassenarztstempel)

HZM

**Zentrum für Histologie, Zytologie
und Molekularpathologie
Wiesbaden**

Gemeinschaftspraxis Pathologie
Ludwig-Erhard-Str. 100
65199 Wiesbaden

T +49 (0)611 424018
F +49 (0)611 42983

info@wiesbaden-patho.de
wiesbaden-patho.de

Prof. Dr. med. Mark Kriegsmann
Priv. Doz. Dr. med. Christoph Renné
Priv. Doz. Dr. med. Klaus Willenbrock

Dr. med. Sonja Stallmann*
Dr. med. Susan Trouet*
Dr. med. Britta Walter*

* angestellte Ärztinnen



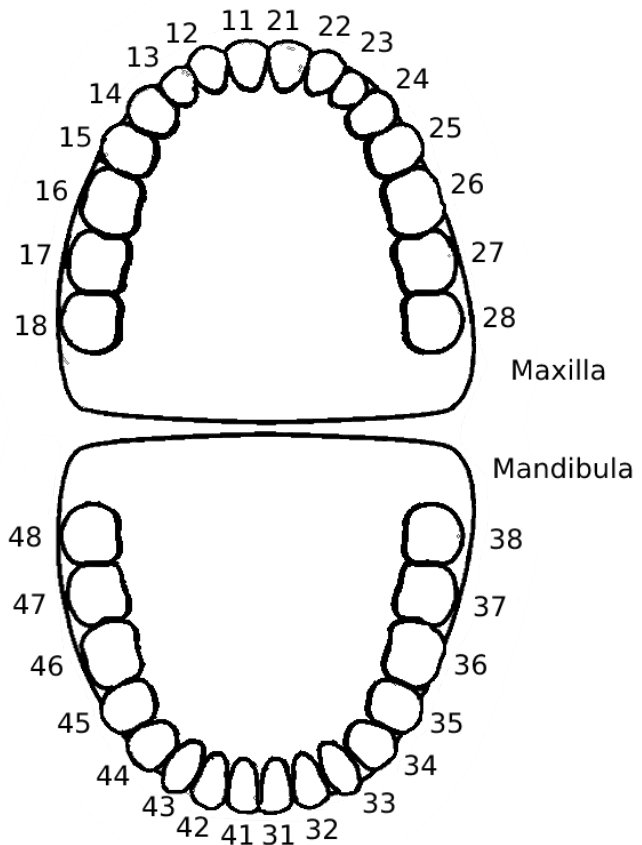
Interner Barcode

Untersuchungsauftrag Stomatologie

☐ **Befund eilt**

Klinische Angaben (Material, Verdachtsdiagnose und Fragestellung)

- ☐ V.a. Radikuläre Zyste
☐ V.a. Follikuläre Zyste
☐ V.a. Apikales Granulom
☐ V.a. Pilzinfektion
☐ V.a. Papillom
☐ V.a. Fibrom
☐ Sonstige Läsion



Datum, Unterschrift

Nachrichtlich an