

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)



**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 allgemeine Pathologie

☐ Befund eilt

Klinische Angaben (Material, Verdachtsdiagnose und Fragestellung)

Datum, Unterschrift

Nachrichtlich an