Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten | geb. am

Adresse des Versicherten

Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

Eintrag nur bei Weiterüberweisung!
Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers | Arzt-Nr. des Erstveranlassers

Barcode-Etikett der Pathologie

Eingang Pathologie:

Datum: _____

Uhrzeit: _____

Prof. Dr. med. G. Niedobitek
Facharzt für Pathologie, FRCPath

Wetzlarer Str. 62 | 14482 Potsdam
Telefon: 03375 - 52 601-0
Fax: 0331 - 817034-19
E-Mail: info@fokus-patho.de
Web: www.fokus-patho.de

UNTERSUCHUNGSAUFTRAG

☐ **CITO Telefonische Befundübermittlung an:**

Telefon

Abrechnung mit:

☐ **ambulant** ☐ **stationär** ☐ **Privat** ☐ **BG** ☐ **Hybrid-DRG** ☐ **sonstiges**

Fragestellung / Verdachtsdiagnose

Untersuchungsmaterial / Lokalisation

Stempel, Datum und Unterschrift des Einsenders