

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



**Pathologie
Rosenheim**

Prof. Dr. Ingrid Becker
 Dr. Thomas Richter
 PD Dr. Matthias Krams
 Dr. Stefan Seidl
 Dr. Kathrin Wiczorek

Lilienweg 12
 83022 Rosenheim
 Telefon: 08031 40 892-0
 Fax: 08031 40 892-10
 info@pathologie-rosenheim.de

BEGUTACHTUNGSANTRAG HISTOLOGIE UND ZYTOLOGIE

Abrechnung mit

- Patienten Krankenhaus
 Überweisungsschein Sonstige

Einsendender Arzt:

Telefon:

Datum:

Arztstempel

Diagnose (klin. Befund, Laborwerte, hist. Voruntersuchungen):

.....

.....

Material, Entnahmestelle, Organ:

.....

.....

.....

Bitte Gewebe in ausreichend 4% Formalin fixieren!