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

Bitte freilassen

Eingangsnummer

An

PATHOLOGIE BERLIN

Dr. med. Ellen Fietze
Dr. med. Bahram Nadjari
Scharnhorststr. 13 - 10115 Berlin
Tel.: 030/ 82 00 78 70 - Fax.: 030/82 00 78 71

Antrag auf Histo- oder Zytopathologische Untersuchung

Art des Untersuchungsmaterials,
Lokalisation

Klinische Diagnose (Vorgeschichte, Vor-OP's,
Zyklusanamnese etc.

Besondere Fragestellung

Datum, Stempel, Unterschrift

Einsendeschein_DINA5_Allgemein_2018_05

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

Bitte freilassen

Eingangsnummer

An

PATHOLOGIE BERLIN

Dr. med. Ellen Fietze
Dr. med. Bahram Nadjari
Scharnhorststr. 13 - 10115 Berlin
Tel.: 030/ 82 00 78 70 - Fax.: 030/82 00 78 71

Antrag auf Histo- oder Zytopathologische Untersuchung

Art des Untersuchungsmaterials,
Lokalisation

Klinische Diagnose (Vorgeschichte, Vor-OP's,
Zyklusanamnese etc.

Besondere Fragestellung

Datum, Stempel, Unterschrift

Einsendeschein_DINA5_Allgemein_2018_05