

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

Einlauf Nr.:

Eingegangen am:

- ambulant**
 stationär
 privat

Antrag auf Dermato-Histologische Begutachtung

an Dr. B. Blume, Prof. Dr. J. Dämmrich, Dr. B. Heine

Fachärzte für Pathologie · Gemeinschaftspraxis

Alte Bahnhofstr. 1 · Postfach 12 58 · 97402 Schweinfurt · Tel. 0 97 21/280 82 · Fax 0 97 21/1 62 38

Frühere histologische Einsendungen: Nr. _____ Jahr _____

Klinische Beschreibung, Diagnose, Fragestellung: _____

Vorbehandlung : _____

Lokalisation:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

Art der Entnahme:

- Totalexzision
 Teilexzision
 Probeexzision
 Löffel
 Kauter
 Shave

Einsender:

Bitte Stempel !

(Unterschrift des einsendenden Arztes)