

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

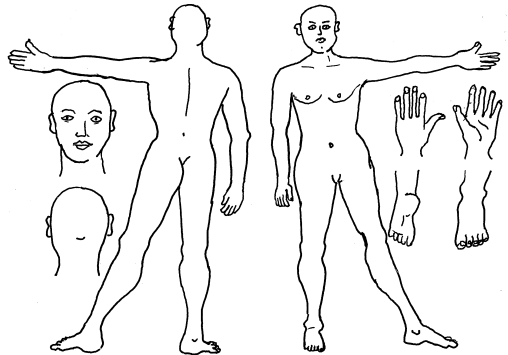
an Dr. B. Blume, Prof. Dr. J. Dämmrich, Dr. B. Heine; Dr. M. E. Dämmrich

Fachärzte für Pathologie · Gemeinschaftspraxis

Alte Bahnhofstr. 1 · Postfach 1258 · 97402 Schweinfurt · Tel. 09721/28082 · Fax 09721/16238

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)