

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr.

Status

Vertragsarzt-Nr.

VK gültig bis

Datum



II. INSTITUT FÜR PATHOLOGIE
DRES. MED. RUDOLF & KOLLEGEN

HISTOLOGIE

II. Institut für Pathologie

Dr. med. F. Rudolf

Dr. med. K. Rudolf

Dr. med. W. Rudolf

Schulstraße 2c - 02977 Hoyerswerda

Tel. 03571 - 92 41 37 Fax. 92 41 35

Frühere histol./zytol. Untersuchungen:

Datum:

Nr.

Ort, Datum, Unterschrift

Histologische / Zytologische Begutachtung und kritische Stellungnahme erbeten:

Telefonische Nachricht ja nein