

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Vertragsarzt-Nr.	Datum



# HISTOLOGIE

## II. Institut für Pathologie

Dr. med. F. Rudolf  
 Dr. med. K. Rudolf  
 Dr. med. W. Rudolf

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

Schulstraße 2c - 02977 Hoyerswerda  
 Tel. 03571 - 92 41 37 Fax. 92 41 35

OP-Tag:

Einsender:

Operateur:

- ambulant   
  stationär   
  privatversichert

### Vorbefunde:

Nr.: \_\_\_\_\_ Jahr: \_\_\_\_\_

Nr.: \_\_\_\_\_ Jahr: \_\_\_\_\_

### Nachlieferung:

- Versandbeutel   
  kleine Gefäße   
  große Gefäße  
 Untersuchungsanträge   
  Etiketten

### Dringlichkeit:

- eilig Tel.: \_\_\_\_\_   
  eilig Fax: \_\_\_\_\_  
 Schnellschnitt   
  normale Bearbeitung

### Klinische Mitteilungen:

1. Art des Materials

2. Klinische Diagnose/Verdacht

3. Ihre spezielle Frage

für weitere klinische Angaben bitte die Rückseite benutzen! ⇌