

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

ambulant
 stationär
 privatversichert

Vorbefunde:

Nr.: _____ Jahr: _____

Nr.: _____ Jahr: _____

Nachlieferung:

Versandbeutel
 kleine Gefäße
 große Gefäße
 Untersuchungsanträge
 Etiketten

Dringlichkeit:

eilig Tel.: _____
 eilig Fax: _____
 Schnellschnitt
 normale Bearbeitung



HISTOLOGIE

II. Institut für Pathologie
Standort Bautzen

Dr. med. K. Flössel
Dr. med. U. Zschille

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

Am Stadtwall 3a - 02625 Bautzen
Tel: 03591 - 530260

OP-Tag:

Einsender:

Operateur:

Klinische Mitteilungen:

1. Art des Materials

2. Klinische Diagnose/Verdacht

3. Ihre spezielle Frage

für weitere klinische Angaben bitte die Rückseite benutzen! ⇨