

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



Pathodiagnostik Berlin MVZ GmbH

Komturstraße 58-62 | 12099 Berlin  
T: 030/2360 8421 00 | F: 030/2360 8421 19

in Kooperation mit der Dermatopathologie Potsdam

## Untersuchungsauftrag Histologie / Zytologie

### Kostenträger

- |                                   |  |   |                                      |   |
|-----------------------------------|--|---|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Privat   | <input type="checkbox"/> Walleistung   | <input type="checkbox"/> Krankenhaus / Praxis | <input type="checkbox"/> KV-Schein * | <input type="checkbox"/> sonstige Kostenträger: |
| <input type="checkbox"/> Normal   | <input type="checkbox"/> KVB I-III     | <input type="checkbox"/> §116b (ASV)          |                                      |   |
| <input type="checkbox"/> Standard | <input type="checkbox"/> Post B        | <input type="checkbox"/> §115b (AOP)          |                                      |   |
| <input type="checkbox"/> Basis    | <input type="checkbox"/> sonst. Tarif: |   |                                      |   |

\* bitte Überweisungsschein beifügen

### Fragestellung / Klinischer Befund

### Art des Materials / Lokalisation

### Versandgefäß / Untersuchungsscheine / Versandbeutel benötigt

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Große Röhrchen  | <input type="checkbox"/> Versandbeutel        |
| <input type="checkbox"/> Kleine Röhrchen | <input type="checkbox"/> Untersuchungsscheine |
| <input type="checkbox"/> PE Röhrchen     |   |

Stempel / Unterschrift