

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



Komturstraße 58-62 | 12099 Berlin

T: 030/2360 8421 00 | F: 030/2360 8421 19

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