

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

Eingang:


E \_\_\_\_\_

_____	Bitte freilassen ___ R	1. _____
_____		2. _____
_____		3. _____
_____		4. _____
Datum		5. _____
		6. _____
		7. _____
Stempel und Unterschrift		<div style="border: 2px solid black; width: 100px; height: 50px;"></div>

Kostenträger:  IGeL  Stationär  
 Privat  Prästationär  
 GKV  Sonstiges

Stationär: ja/nein      Station: \_\_\_\_\_

Kopie an: \_\_\_\_\_

	<b>Institut für Pathologie</b> <b>Mülheim an der Ruhr</b>	Heidestraße 75-77 Postfach 11 01 40 Telefon 0208 992780 Dr.Oellig@pathologie-muelheim.de	45476 Mülheim an der Ruhr 45434 Mülheim an der Ruhr Telefax 0208 9927830 www.pathologie-muelheim.de
	Dr. med. Frank Oellig Dr. med. Marlene Helwing* Dr. (RO) Bianca-Manuela Purdea* <small>*angestellter Arzt / angestellte Ärztin</small>	Zertifiziert nach ISO 9001	

Diesen Einsendeschein können Sie auch von unserer Web-Seite herunterladen.

Material:

- OP-Präparat
- Probeexcision
- Abrasio
- Exsudat
- Punktionsmaterial

Diagnose:

Befunde:

- M0    M1
- R0    R2

Vorsorgekoloskopie

Rö-Bestrahlung: ja/nein

Frühere E-Nr.: