

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			

Kostenträger: IGeL Stationär
 Privat Prästationär
 GKV Sonstiges

Stationär: ja/nein Station: _____

Kopie an: _____

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

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

Material:	<input type="radio"/> OP-Präparat
Diagnose:	<input type="radio"/> Probeexcision
Befunde:	<input type="radio"/> Abrasio
	<input type="radio"/> Exsudat
	<input type="radio"/> Punktionsmaterial
	<input type="radio"/> M0 <input type="radio"/> M1
	<input type="radio"/> R0 <input type="radio"/> R2