

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: \_\_\_\_\_

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

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

	Stanze	Shave	Exzi- dat	Klinische Diagnose
1				
2				
3				
4				
5				
6				

