

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. _____	
_____		5. _____	
Datum			6. _____
			7. _____
Stempel und Unterschrift			<div style="border: 2px solid black; width: 50px; height: 50px;"></div>

Kostenträger: IGeL Stationär
 Privat Prästationär
 GKV Sonstiges

Stationär: ja/nein Station: _____

Kopie an: _____

	Institut für Pathologie Mülheim an der Ruhr	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* Dr. med. Johanna Munding* <small>*angestellter Arzt / angestellte Ärztin</small>	Zertifiziert nach ISO 9001	

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

Material:

Diagnose:

Befunde:

Splenomegalie: ja / nein

Hepatomegalie: ja / nein

Zirrhose: ja / nein

Steatose: ja / nein

Labor vom _____

GOT: _____ Bili ges: _____ HAV IgM: _____ ANA: _____

GPT: _____ Bili direkt: _____ HAV IgG: _____ pANCA: _____

GGT: _____ CHE: _____ HBcAk: _____ AMA: _____

AP: _____ Albumin: _____ HBsAg: _____ **Diabetes mellitus:** ja / nein

LDH: _____ Quick: _____ HBsAk: _____ **Alkohol:** ja / nein

HCVAk: _____

Medikamente / Noxen: