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

Eingang: E_____

_____ _____ _____ _____	Bitte freilassen ___ R Datum Stempel und Unterschrift	1._____ 2._____ 3._____ 4._____ 5._____ 6._____ 7._____

Kostenträger: ○ IGeL ○ Privat ○ GKV ○ Stationär ○ Prästationär ○ Sonstiges

Stationär: ja/nein Station:_____

Kopie an:_____

Institut für Pathologie
Mülheim an der Ruhr

Dr. med. Frank Oellig
Dr. med. Marlene Helwing*
Dr. (RO) Bianca-Manuela Purdea*
Dr. med. Johanna Munding*
*angestellter Arzt / angestellte Ärztin

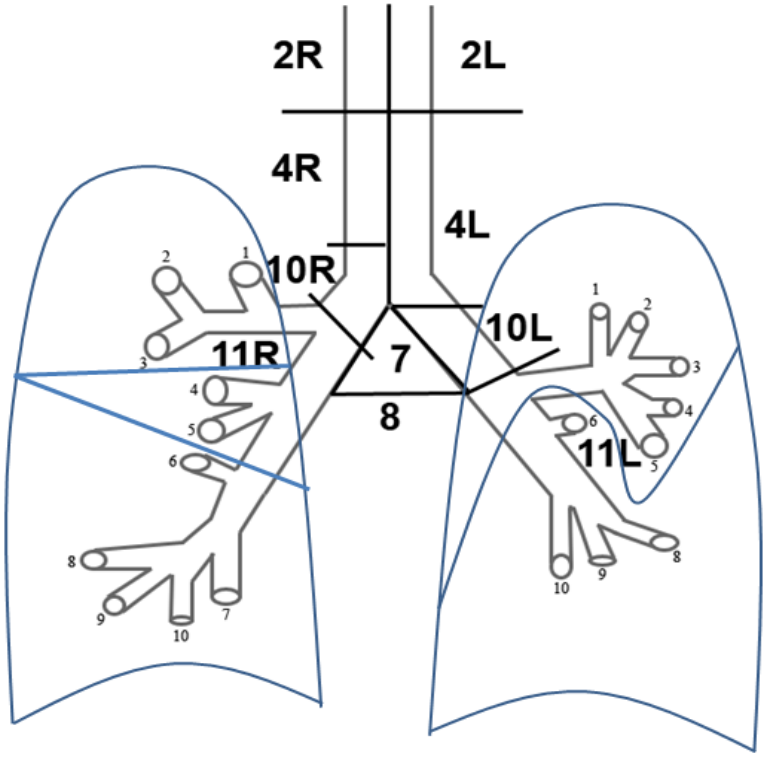
Heidestraße 75-77 45476 Mülheim an der Ruhr
Postfach 11 01 40 45434 Mülheim an der Ruhr
Telefon 0208 992780 Telefax 0208 9927830
Dr.Oellig@pathologie-muelheim.de www.pathologie-muelheim.de
Zertifiziert nach ISO 9001

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

Material:

Diagnose:

Befunde:



☐ Raucher (pack years): _____

☐ Aktiv ☐ Ex (bis_____)

☐ Berufsanamnese/Asbest-Exposition: