

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. _____ 6. _____ 7. _____
Datum	
Stempel und Unterschrift	

Kostenträger: IGeL Stationär
 Privat Prästationär
 GKV 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* <small>*angestellter Arzt / angestellte Ärztin</small>	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
Zertifiziert nach ISO 9001			

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

Material:

 Diagnose:

 Befunde:

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

- M0 M1
- R0 R2

