

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 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

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: Analabstrich

HIV+: ja nein MSM: ja nein HR HPV: ja nein

Klinisch:

Vorbefund: Histo: o.p.B.
 Condylom
 AIN I
 AIN II
 AIN III
 Carcinom

Zyto: NILM
 ASCUS
 ASC-H
 LSIL
 HSL
 Carcinom

Frühere E-Nr.: