

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

Datum der Entnahme	Eingangsdatum
Arzt-Unterschrift / Praxis-Stempel	
<b>Stationär:</b> Regelleistung <input type="checkbox"/> Wahlleistung/Arzt <input type="checkbox"/> KVB I-III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> Post A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	<b>Ambulant:</b> Kasse <input type="checkbox"/> Post A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> KVB I-III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/>

Klin. Diagnose, Fragestellung:

 <b>UNIVERSITÄTSmedizin.</b> <small>MAINZ</small> <b>Institut für Pathologie</b> Univ.-Prof. Dr. med. Wilfried Roth		 <small>Deutsche  Akkreditierungsstelle  D-IS-13258-01-00</small>
<b>mvz</b>   MVZ der Universitätsmedizin Mainz GmbH		 <small>Deutsche  Akkreditierungsstelle  D-IS-21458-01-00</small>
55131 Mainz, Langenbeckstr. 1 Telefon (0 61 31) 17-35 65 Fax (0 61 31) 17-66 04		Journalnummer
Material (Art, Entnahmestelle)		
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

.....

.....

.....

.....