

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	
Stationär: 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"/>	Ambulant: 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:

 UNIVERSITÄTSmedizin. <small>MAINZ</small> Institut für Pathologie Univ.-Prof. Dr. med. Wilfried Roth	 <small>Deutsche Akkreditierungsstelle D-IS-13258-01-00</small>
	 <small>Deutsche Akkreditierungsstelle D-IS-21458-01-00</small>
	MVZ der Universitätsmedizin Mainz GmbH
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.	

.....

.....

.....

.....