

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

Datum der Entnahme	Eingangsdatum	
<u>Arzt-Unterschrift / Praxis-Stempel</u>		
<b>Stationär</b> Kasse <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/>	<b>Ambulant</b> Kasse <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/>	<b>Hybrid-DRG</b> Kasse <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/>
KVB I-III <input type="checkbox"/>		☒ <input type="checkbox"/> Ú[•cœ <input type="checkbox"/> Ó <input type="checkbox"/>

Klin. Diagnose. Fragestellung:

---

---

---

---

---

---

---

---

 <b>UNIVERSITÄTSmedizin.</b> MAINZ <b>Institut für Pathologie</b> Univ.-Prof. Dr. med. Wilfried Roth	 
<b>mvz</b>   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.	