

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"/>	Ambulant:	Kasse <input type="checkbox"/>
Wahlleistung/Arzt <input type="checkbox"/>		Post A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>
KVB I-III <input type="checkbox"/>	IV <input type="checkbox"/>	Post A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>
		KVB I-III <input type="checkbox"/>	IV <input type="checkbox"/>

Klin. Diagnose, Fragestellung:



UNIVERSITÄTS**medizin.**

MAINZ

Institut für Pathologie

Univ.-Prof. Dr. med. Wilfried Roth



mvz

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.

Datum:

