

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		Ambulant		Hybrid-DRG	
Kasse <input type="checkbox"/>	Privat <input type="checkbox"/>	Kasse <input type="checkbox"/>	Privat <input type="checkbox"/>	Kasse <input type="checkbox"/>	Privat <input type="checkbox"/>
KVB I-III <input type="checkbox"/>		α <input type="checkbox"/>	Ú[•cœ <input type="checkbox"/>	ó <input type="checkbox"/>	

Klin. Diagnose, Fragestellung:

JGU UNIVERSITÄTSmedizin.
 MAINZ
Institut für Pathologie
 Univ.-Prof. Dr. med. Wilfried Roth

EA EUROPEAN RECOGNITION
DAkks Deutsche Akkreditierungsstelle D-IS-13258-01-00

mvz | MVZ der Universitätsmedizin Mainz GmbH

55131 Mainz, Langenbeckstr. 1
 Telefon (0 61 31) 17-35 65
 Fax (0 61 31) 17-66 04

EA EUROPEAN RECOGNITION
DAkks Deutsche Akkreditierungsstelle D-IS-21458-01-00

Journalnummer

Material (Art, Entnahmestelle)

-
-
-
-
-

