

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>
mvz 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.		

* Schema für Prostatastanzen, sonstige Untersuchungen bitte unter „Material“ eingeben

- 1. Rechts apikal medial
- 2. Rechts apikal lateral
- 3. Rechts medial medial
- 4. Rechts medial lateral
- 5. Rechts basal medial
- 6. Rechts basal lateral
- 7. Links apikal medial
- 8. Links apikal lateral
- 9. Links medial medial
- 10. Links medial lateral
- 11. Links basal medial
- 12. Links basal lateral

