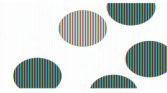


AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
						geb. am
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr		Status		
Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis		Datum		

GUTACHTENAUFTRAG

für eine histologische und / oder zytologische

**praxis für
pathologie**
karlsruhe



**Praxis für Pat
Karlsruhe**

**Prof. Dr. Arno
Prof. Dr. Gerh**

Tel. 0721/810
Steinhäuserst
Postfach 660

bitte

Anschrift (Stempel) des einsendenden Arztes

TelefonNr.: _____

Datum

Unterschrift

GOÄ DKG-NT	Anzahl	f
4800		
4802		
4815		
4816		
4852		

Kostenträger:

Bitte ankreuzen

Ambulant Bitte Überwei- sungsschein beifügen	Sta allge Le
--------------------------------------------------------------	---------------------------

Untersuchungsmaterial:
Klin. Angaben und Diagnose(n); sowie Fragestellungen

bitte

Path 270036 1.Bil.weiß/Verteiler:Blatt2blau=FürdenauftraggebendenArzt

Regelanamnese
Hormonbehandlung?
Voruntersuchung(en)?
Datum/Nr.:

Leberwerte AP:

Bilirubin:
Transaminasen:
Hepatitis-AK:

Versandmaterial erwünscht?

große mittlere kleine Dosen, Versandtüten