Ausgedruckt unterliegt das Dokument nicht dem nderungsdienst

EINSENDER: (Arzt, Krankenhaus, Station) Datum:

Universitätsklinikum Mannheim GmbH
Pathologisches Institut

68135 Mannheim

Name des Patienten:

Vorname: Geb.-Dat.: ☐ männl. ☐ weibl.

Art des Untersuchungsstoffes bzw. des Präparates mit kurzen klinischen Angaben:

Nr. des letzten Vorbefundes:

Bei Abrasionen bitte Eintragung der letzten Blutungen in das Schema:

Selbstzahler:

falls ja, Anschrift:

Krankenkasse:
(Ersatz-, Medizinalkassen usw.; für RVO-Kassen bitte das Formular der KV beifügen)

Unterschrift

EINSENDER: (Arzt, Krankenhaus, Station) Datum:

Universitätsklinikum Mannheim GmbH
Pathologisches Institut

68135 Mannheim

Name des Patienten:

Vorname: Geb.-Dat.: ☐ männl. ☐ weibl.

Art des Untersuchungsstoffes bzw. des Präparates mit kurzen klinischen Angaben:

Nr. des letzten Vorbefundes:

Bei Abrasionen bitte Eintragung der letzten Blutungen in das Schema:

Selbstzahler:

falls ja, Anschrift:

Krankenkasse:
(Ersatz-, Medizinalkassen usw.; für RVO-Kassen bitte das Formular der KV beifügen)

Unterschrift