

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w geb. am						
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.		Status		
Betriebsstätten-Nr.		Arzt-Nr.		Datum		
Ort:						
Klinik:						
Telefon Nr.:						
Fax:						
Stempel						

# UNTERSUCHUNGSANTRAG

Untersuchungs-Nr.

**Dr. med. M. Gregor – Dr. med. B. Mohren**  
**Dr. en Medicina/UC F. Cruz Cordero**  
**Dr. med. F. Eder**  
Gemeinschaftspraxis für Pathologie - Molekularpathologie - Zytologie  
**am DONAUISAR KLINIKUM DEGGENDORF**  
**Akadem. Lehrkrankenhaus**  
**d. Med. Hochschule Hannover**  
**94452 Deggendorf, Postfach 12 29**  
**Telefon 0991/3 00 41 u. 09 91/3 70 89-0, Telefax 09 91/3 18 74**  
**E-Mail: info@pathologie-deggendorf.de**

Abrechnung

Ambulant       Stationär       Stat.-Nr. \_\_\_\_\_

- \* Privatpatient (Selbstzahler oder Wahlleistung Arzt)
- \* stationärer Patient ohne Wahlleistung Arzt
- \* Berufsgenossenschaft
- \* Überweisung liegt bei

Datum:

Unterschrift des Arztes:  
\* Zutreffendes bitte ankreuzen!

Art des Materials (Bitte genaue Lokalisationsangabe):

Klinische Angaben:

Letzte Menstruation:

Hormonbehandlung:

Frühere histologische Untersuchungen (Untersuchungsnummer, Ort und Datum):

U-01 Aa