PATIENT:
(Name, Vorname)

Geb.-Datum:

Adresse:

Krankenkasse:

Medizinische Versorgungszentren
Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft
Abteilung: Pathologie
Mommsenstraße 22
90491 Nürnberg

Befundauskunft: 0911 - 56 99 452
Fax: 0911 - 56 99 454
praxis.pathologie@martha-maria.de

Prof. Dr. med. Ralf Rieker (MBA)
PD Dr. med. Carol Geppert (MIAC)
Dr. med. Felix Elsner
Dr. med. Niklas Abele

Ambulant:

☐ Kassenpatient- Überweisung liegt bei

☐ Privatpatient

☐ IGeL-Leistung – Rechnung an Patienten

Stationär:

☐ Kasse Belegstation – inkl. Ü-Schein

☐ Kassenpatient Hauptabteilung

☐ Privatpatient **mit** Wahlleistung

☐ Privatpatient **ohne** Wahlleistung

☐ IGeL-Leistung – Rechnung an Patienten

Ansprechpartner / Station mit Kontaktdaten:

Frühere histologische Begutachtungen:

Unterschrift und Stempel des anfordernden Arztes (mit Abteilung)

Entnahmedatum / Untersuchungsmaterial / Art des Eingriffs / klinische Angaben (zwingend erforderlich)

Eilig:
☐ Ja ☐ Nein

Schnellschnitt:
☐ Ja ☐ Nein

(vom MVZ Pathologie auszufüllen)

Schnellschnitt: Uhrzeit: Arzt: Durchgegeben an: Diagnose:	Probeneingang: Anzahl Gefäße: Ausgepackt von: Arzt:

9310	19312	19313	19320

4800	4802	4815	4815A	4815a	4815B	4815_	4816A	4072A