

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



Heubnerweg 2a | 14059 Berlin
Schönstr. 80 | 13086 Berlin
T: 030/326411 -26 | F: 030/326411 -29
T: 030/962834 -71 | F: 030/962834 -75

Untersuchungsauftrag Histologie / Zytologie

Kostenträger

☐ Privat
☐ Normal
☐ Standard
☐ Basis

☐ Wahlleistung
☐ KVB I-III
☐ Post B
☐ sonst. Tarif:

☐ Krankenhaus / Praxis
☐ §116b (ASV)
☐ §115b (AOP)

☐ KV-Schein *

☐ sonstige Kostenträger:

* bitte Überweisungsschein beifügen

Fragestellung / Klinischer Befund

Art des Materials / Lokalisation

☐ Versandmaterial benötigt
(siehe Materialanforderung)

Stempel / Unterschrift