

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft	
Name, Vorname des Versicherten (geb. am) _____							
(Ehegatte / Kind / Sonst. Angeh.)		(Vorname)		(geb. am)			
(Kassen-Nr.)		(Krankensch.-Nr.)					
(Wohnung des Patienten)							

Feld bitte freilassen

Absender:

Datum

Begutachtungsauftrag für
Partnerschaft von Fachärzten für Pathologie
PATHOLOGISCHES INSTITUT
 Postfach 10 17 62 · 45617 Recklinghausen
 Mühlenstraße 31 · 45659 Recklinghausen
 Telefon 0 23 61/93 00-0 · Telefax 0 23 61/93 00-93

Stationär	Station:	Regelleistung <input type="checkbox"/>	Wahlleistung/Arzt I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/>	Ambulant:	Kasse <input type="checkbox"/>	Privat <input type="checkbox"/>	Knappschaft	A II S <input type="checkbox"/>
------------------	-----------------	--	--	------------------	--------------------------------	---------------------------------	-------------	---------------------------------

Frühere hist. Untersuchung / Cytologie Nr. _____ vom _____

Bei Abrasio: Zyklus? _____ Cyklustag? _____ Ovulationshemmer? _____

Material: 1. _____ 3. _____
 2. _____ 4. _____

Fragestellung: _____

Klin. Diagnose: _____