

Patienten-Nr.

Name

Vorname

Geb.-Datum

Anschrift

Kostenträger

Wahlleistungen

UNIVERSITÄTSKLINIKUM MAGDEBURG A.Ö.R.

Institut für Pathologie



Antrag

☐ Histologie/Zytologie ☐ Schnellschnitt

☐ eilige Bearbeitung (Tageshisto, Schnelleinbettung)

Abrechnung

☐ Stationär ☐ Stationär mit Chefarztwahlleistung

☐ Ambulante OP (GKV) ☐ Ambulante OP (Selbstzahler)

☐ Ambulante OP (BG + Angabe der BG _____)

☐ MVZ (GKV) ☐ ASV ☐ Hybrid-DRG

Datum

Infektion: ☐ nein ☐ ja, welche:

Material

I

II

III

IV

V

VI

VII

VIII

IX

X

Klinische Diagnose / Fragestellung:

Frühere externe Pathologiebefunde (Kopie bitte beifügen)

Kontakt (Tel.):

Stempel / Unterschrift Arzt

Eingangs-Nr.