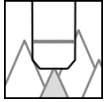


Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

**GEMEINSCHAFTSPRAXIS  
FÜR PATHOLOGIE  
83276 Traunstein**



Dr. med. Margot Lehringer-Polzin  
Dr. med. Tobias Henopp  
Dr. med. Ines Lichtmanegger  
Dr. med. Harald Bartsch\*  
\* angestellter Facharzt



## ANTRAG AUF PATHOLOGISCHE BEGUTACHTUNG - PROSTATASTANZEN

### Abrechnung mit

- Patient (privat, mit Einverständnis des Patienten)
- Krankenhaus
- Überweisungsschein
- Sonstige (BG, Bundeswehr, etc.)

### Einsendender Arzt:

Telefon:

Datum:

Arztstempel

### Voruntersuchungs-Nr.

### Material

- |                          |                         |          |
|--------------------------|-------------------------|----------|
| 1. Apikal rechts lateral | 7. Apikal links lateral | 13. .... |
| 2. Apikal rechts medial  | 8. Apikal links medial  | 14. .... |
| 3. Mitte rechts lateral  | 9. Mitte links lateral  | 15. .... |
| 4. Mitte rechts medial   | 10. Mitte links medial  | 16. .... |
| 5. Basal rechts lateral  | 11. Basal links lateral | 17. .... |
| 6. Basal rechts medial   | 12. Basal links medial  | 18. .... |

### Klinische Diagnose

### Sonstige Befunde

### Besondere Fragestellung

**Achtung: Bitte Formalinzusatz (1 Teil handelsübliches 40 %iges Formalin + 3 Teile Wasser)**