

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. Tobias Henopp
Dr. med. Ines Lichtmanegger
Dr. med Harald Bartsch



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. Tobias Henopp
Dr. med. Ines Lichtmanegger
Dr. med Harald Bartsch



ANTRAG AUF PATHOLOGISCHE BEGUTACHTUNG - PROSTATASTANZEN

Abrechnung mit

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

Einsendender Arzt:

Telefon: _____
Datum: _____ Arztstempel

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)

ANTRAG AUF PATHOLOGISCHE BEGUTACHTUNG - PROSTATASTANZEN

Abrechnung mit

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

Einsendender Arzt:

Telefon: _____
Datum: _____ Arztstempel

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)