

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
-----	-----	-----	-----	------	-----	-------------

Name, Vorname, Adresse

geb. am

Lfd. Nr.

Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status

Vertragsarzt-Nr. VK gültig bis Datum

Einsender:

Stempel

Datum
und

Unterschrift des beauftragenden Arztes

Begeutzungsauftrag für

MVZ Pathologie HHZ GmbH

Dr. med. A. Schmidt (angest. Ärztin)

Fachärztin für Pathologie

Telefon (05 11) 71 40 58 · Fax (05 11) 701 16 71

Nienburger Straße 12 · 30167 Hannover

Stationär: Regelleistung

Wahlleistung / Arzt

Ambulant: Kasse

Privat

Material:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

Klinische Diagnose und Fragestellung:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____