

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



**Pathologie  
Rosenheim**

Prof. Dr. Ingrid Becker  
 PD Dr. Matthias Krams  
 Dr. Thomas Richter  
 Dr. Stefan Seidl  
 Lilienweg 12  
 83022 Rosenheim  
 Telefon: 08031 40 892-0  
 Fax: 08031 40 892-10  
 info@pathologie-rosenheim.de

## BEGUTACHTUNGSANTRAG HISTOLOGIE UND ZYTOLOGIE

### Abrechnung mit

- Patienten                       Krankenhaus  
 Überweisungsschein       Sonstige

Einsendender Arzt: .....

Telefon: .....

Datum: .....

Arztstempel

Diagnose (klin. Befund, Laborwerte, hist. Voruntersuchungen): .....

.....

.....

Material, Entnahmestelle, Organ: .....

.....

.....

.....

**Bitte Gewebe in ausreichend 4% Formalin fixieren!**