d \/:-b	Krankenkasse bzw. Kostenträger				Zentrum für Histologie, Zytologie und			
Name, Vorname des Versicherten Geb. am Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status LANR Datum			Prof. Dr. med. Mark Kriegsmann PD Dr. med. Christoph Renné PD Dr. med. Klaus Willenbrock Dr. med. Sonja Stallmann* Dr. med. Susann Trouet* Dr. med. Britta Walter*		Gemeinschaftspraxis Pathologie Ludwig-Erhard-Str. 100 65199 Wiesbaden Tel.: 0611 424010 Fax: 0611 429830 info@wiesbaden-patho.de www.wiesbaden-patho.de			
□ KV □ Stationär □ Privat □ ASV □ AOP 88115 □ Vorsorge				IBC MRA	DAKKS Deutsche Akkreditierungsstelle D-IS-14575-01-00	Interner Barcode		
in/Einsender (K	Cassenarztst	empel)						
				Untersuchungsauftrag				
				Derma	tologie	EILT 🗆		
Klinische Angaben (Material, Verdachtsdiagnose und Fragestellung)								
		V.a. N V.a. e	lelanom ntzündliche					
Lokalisation	Shave E	Biopsie □	Resektat	Verdachts	diagnose			
ntore chrift				Nachr	ichtlich an:			
	LANR Stationä AOP 88* in/Einsender (K Angaben (Mate	Versicherten-Nr. Sta	Versicherten-Nr. LANR Datum Stationär Privat AOP 88115 Vorsorge in/Einsender (Kassenarztstempel) Angaben (Material, Verdachtsdiagnus V.a. Material V.a. Materia	Versicherten-Nr. Status	Versicherten-Nr. Status Dr. me PD Dr. me PD Dr. me St. med. S. Dr. m	Prof. Dr. med. Mark Kriegmann Dp. Dr. med. Christoph Renne PD Dr. med. Klaus Willenbrock Dr. med. Sugan Trouet		