

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		Geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
BSNR	LANR	Datum

Zentrum für Histologie, Zytologie und Molekularpathologie Wiesbaden

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*
*angestellte Ärztinnen

Gemeinschaftspraxis Pathologie
 Ludwig-Erhard-Str. 100
 65199 Wiesbaden
 Tel.: 0611 424010
 Fax: 0611 429830
 info@wiesbaden-patho.de
 www.wiesbaden-patho.de



Interner Barcode

- KV Stationär Privat
 ASV AOP 88115 Vorsorge

Einsenderin/Einsender (Kassenarztstempel)

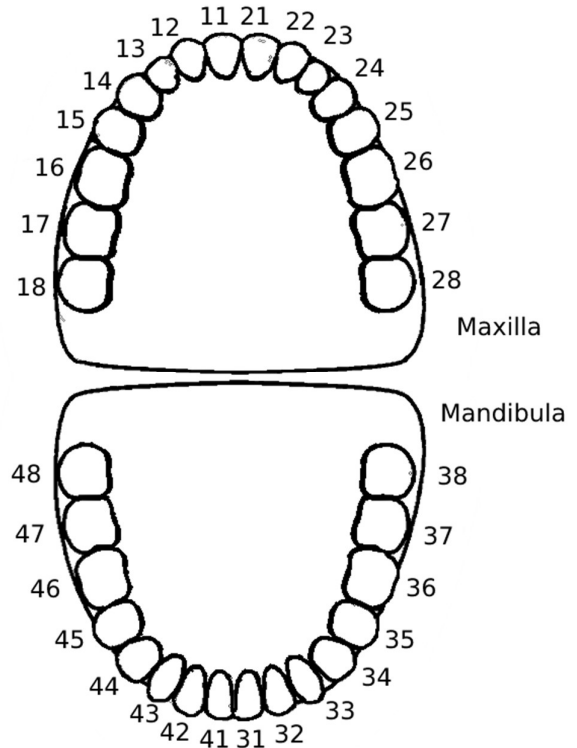
Untersuchungsauftrag

Stomatologie

EILT

Klinische Angaben (Material, Verdachtsdiagnose und Fragestellung)

- V.a. Radikuläre Zyste
 V.a. Follikuläre Zyste
 V.a. Apikales Granulom
 V.a. Pilzinfektion
 V.a. Papillom
 V.a. Fibrom
 Sonstige Läsion



Datum, Unterschrift

Nachrichtlich an: