

|                                |                  |         |
|--------------------------------|------------------|---------|
| 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

- KV       Stationär       Privat  
 ASV       AOP 88115       Vorsorge



|                  |
|------------------|
| Interner Barcode |
|------------------|

|                                           |
|-------------------------------------------|
| Einsenderin/Einsender (Kassenarztstempel) |
|-------------------------------------------|

## Untersuchungsauftrag

**Allgemeine Pathologie**

**EILT**

### Klinische Angaben (Material, Verdachtsdiagnose und Fragestellung)

|                     |                   |
|---------------------|-------------------|
| Datum, Unterschrift | Nachrichtlich an: |
|---------------------|-------------------|