

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

Bitte freilassen	Eingangsnummer
------------------	----------------

An



MVZ PATHOLOGIE BERLIN
 Berger Fietze Linke Nadjari

Dr. med. Stefan Berger
 Dr. med. Ellen Fietze
 Dr. med. Jörg Linke
 Dr. med. Bahram Nadjari
 Dr. med. Melanie Jülich
 Dr. med. Friederike Kauer
 Scharnhorststr. 13 - 10115 Berlin
 Tel.: 030/ 82 00 78 70 - Fax.: 030/82 00 78 71

Antrag auf Histo- oder Zytopathologische Untersuchung

Art des Untersuchungsmaterials,
 Lokalisation

Klinische Diagnose (Vorgeschichte, Vor-OP's,
 Zyklusanamnese etc.

Besondere Fragestellung

Datum, Stempel, Unterschrift

Einsendeschein_DINA5_Allgemein_2018_05

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

Bitte freilassen	Eingangsnummer
------------------	----------------

An



MVZ PATHOLOGIE BERLIN
 Berger Fietze Linke Nadjari

Dr. med. Stefan Berger
 Dr. med. Ellen Fietze
 Dr. med. Jörg Linke
 Dr. med. Bahram Nadjari
 Dr. med. Melanie Jülich
 Dr. med. Friederike Kauer
 Scharnhorststr. 13 - 10115 Berlin
 Tel.: 030/ 82 00 78 70 - Fax.: 030/82 00 78 71

Antrag auf Histo- oder Zytopathologische Untersuchung

Art des Untersuchungsmaterials,
 Lokalisation

Klinische Diagnose (Vorgeschichte, Vor-OP's,
 Zyklusanamnese etc.

Besondere Fragestellung

Datum, Stempel, Unterschrift

Einsendeschein_DINA5_Allgemein_2018_05