

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
geb am						
Kostenträgerkennung:		Versicherten-Nr.:		Status:		
Betriebsstätten-Nr.:		VK gültig bis		Datum:		
<input type="radio"/> stationär		<input type="radio"/> ambulant		<input type="radio"/> privat		

Eingangsnummer: K

Bitte freilassen

---

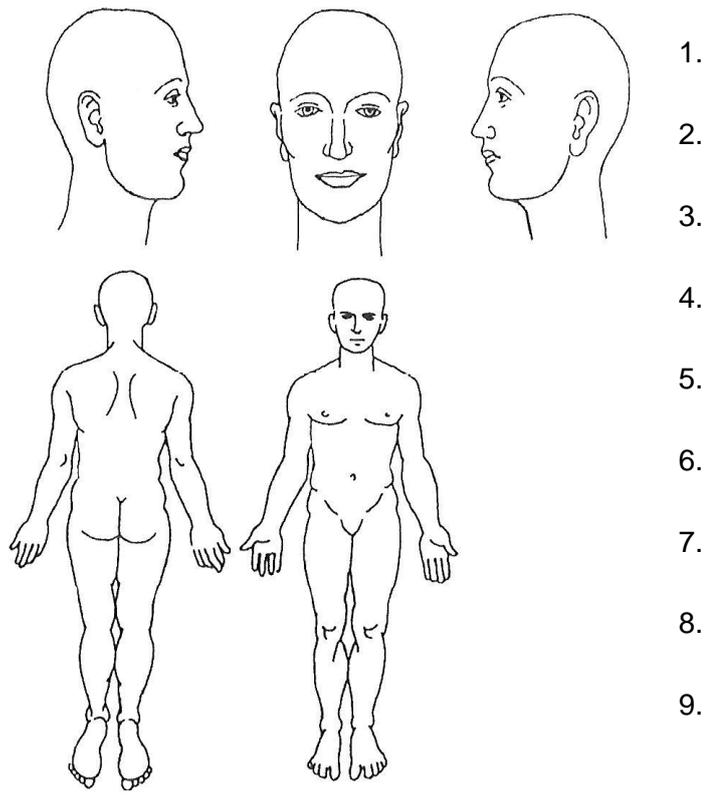
An

**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  
 Schamhorststr. 13 - 10115 Berlin  
 Tel.: 030/ 82 00 78 70 - Fax.: 030/82 00 78

### Antrag auf Histopathologische Untersuchung – Dermatohistologie

<p><b>Material:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Totalexzision:                      <input type="checkbox"/> Probebiopsie:                      <input type="checkbox"/> Shave/Curettage:</p>	<p><b>Anamnese/Fragestellung:</b></p>          	<p><u>Frühere histologische Untersuchungen</u> Datum/Ergebnis</p>          <p><u>Vorbehandlung</u></p>          <p>Operateur:</p>
---	---	---



<p>Absenderstempel</p>       <p>Datum</p>	<p>Anfordernder Arzt (Druckschrift, leserlich):</p>   <p><b>Telefon:</b></p>  <p>Unterschrift:</p>
--	---

Bitte freilassen