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

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

An

MVZ PATHOLOGIE BERLIN
Berger Fietze Linke Nadjari

Dr. med. Ellen Fietze
Dr. med. Bahram Nadjari

Scharnhorststr. 13 • 10115 Berlin • Tel.: 030 82007870 • Fax: 030 82007871

# Antrag auf histo- oder zytopathologische Untersuchung

Diagnose/Verdachtsdiagnose

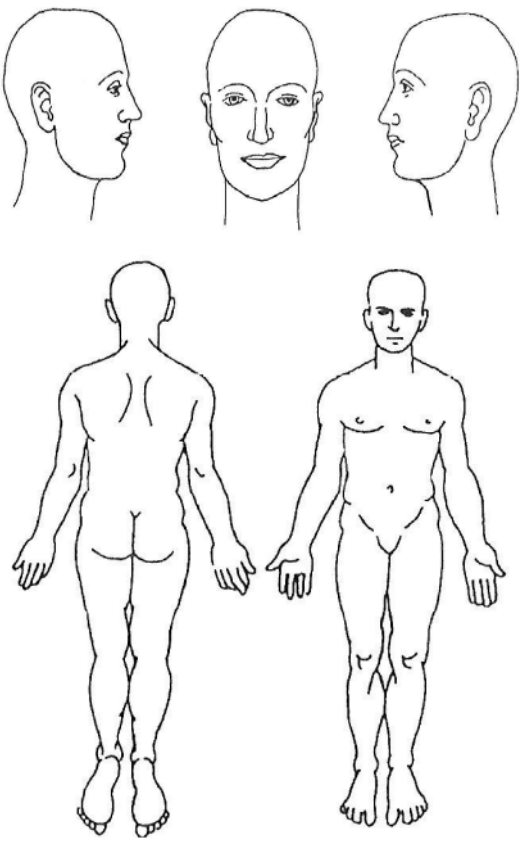
Befund/Medikation

Auftrag

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

## Material/Anamnese/Fragestellung

| | Curr./ Shave | PE/ Stanze | Exz |
|---|---|---|---|
| 1. | ☐ | ☐ | ☐ |
| 2. | ☐ | ☐ | ☐ |
| 3. | ☐ | ☐ | ☐ |
| 4. | ☐ | ☐ | ☐ |
| 5. | ☐ | ☐ | ☐ |
| 6. | ☐ | ☐ | ☐ |
| 7. | ☐ | ☐ | ☐ |



RIECO Orgaform Altenburg GmbH ☎ 03447 8519-0 Einsendeschein_Derma_09/23