

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 GmbH



PATHOLOGIE BERLIN

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.	☐	☐	☐	