

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



MEDIZINISCHES LABOR NORD



Essener Straße 108 22419 Hamburg
Tel.: 040 / 538 05 - 751/-752 Fax: 040 / 538 05 750
www.pathologie-hamburg.de
kontakt@pathologie-hamburg.de

Privat

Einsendeschein für histologische / zytologische Untersuchungen

Art des Materials:		Datum der Entnahme:
Klinische Angaben zur Diagnose:		
Fragestellung:		(Absender: Stempelabdruck)
Histologischer / zytologischer Vorbefund: H-Nr.		

Dieser Einsendeschein ersetzt nicht den Überweisungsschein bei Kassenpatienten