

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
geb. am						
Kassen-Nr.	Versicherten Nr.		Status			
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.		Datum			

Institut für Pathologie Aurich & Ammerland
 Dr. med. U. Stachetzki · MU Dr./Univ. Prag F. Tuma · P. Rexin



Untersuchungsauftrag

Wallinghausener Straße 8-12 · D-26603 Aurich E-Mail: info@pathologie-aurich.de
 Telefon 04941-65439 · Telefax 04941-66851 www.pathologie-aurich.de

E.-Datum:

E.-Nr.:

Ambulant Stationär Wahlleistung

KLINIK: (Art des Materials, klinische Befunde, Verdachtsdiagnose)

Barcodefeld

Datum, Vertragsarztstempel und Unterschrift

Voruntersuchungen E.-Nr.:

PATHOLOGIE Qualitätsmanagement

vorziehen

Identifikation:

Zuschnitt:

Eingabe:

Ausgabe:

Freigabe:

Anzahl der Gefäße: Cytologie

Histologie

Laborvermerke:

Rest:

Interne Notizen:



Institut für Pathologie Aurich

4800	()	75	()	19310	()
4801	()	5	()	19312	()
4802	()	PORTO	()	19315	()
4815	()			19317	()
4815A	()			19319	()
4815H	()			19320	()
4815M	()			19321	()
4815 *	()			19322	()
4815 +	()			01743	()
4816	()			01768	()
4852	()			40100	()