

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



Fangdieckstrasse 75a | 22547 Hamburg  
 Gärtnerstraße 55 | 24113 Kiel

T: 040/70 70 85-200 | F: -210  
 T: 0431/200 09-00 | F: -70

Postfach 540640    Postfach 3528  
 22506 Hamburg    24034 Kiel

## Untersuchungsauftrag Histologie / Zytologie

### Kostenträger

- |                                   |  |   |                                      |   |
|-----------------------------------|--|---|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Privat   | <input type="checkbox"/> Walleistung   | <input type="checkbox"/> Krankenhaus / Praxis | <input type="checkbox"/> KV-Schein * | <input type="checkbox"/> sonstige Kostenträger: |
| <input type="checkbox"/> Normal   | <input type="checkbox"/> KVB I-III     | <input type="checkbox"/> §116b (ASV)          |                                      |   |
| <input type="checkbox"/> Standard | <input type="checkbox"/> Post B        | <input type="checkbox"/> §115b (AOP)          |                                      |   |
| <input type="checkbox"/> Basis    | <input type="checkbox"/> sonst. Tarif: |   |                                      |   |

\* bitte Überweisungsschein beifügen

### Fragestellung / Klinischer Befund

### Art des Materials / Lokalisation

- Versandmaterial benötigt  
 (siehe Materialanforderung)

Stempel / Unterschrift