

Zusatzanforderung

Bitte per Fax an 0551/39-8627

Form with two columns: Patientendaten (Patientenaufkleber) and Versicherungsstatus (Bitte unbedingt ausfüllen!). Includes fields for Name, Vorname, Adresse, Geburtsdatum and checkboxes for Stationär, Ermächtigung, § 116b, Privat, Selbstzahler.

Form with three rows: Organ, Tumor/Diagnose, Fragestellung, each followed by a dotted line for text entry.

[] Immunhistochemische Zusatzuntersuchung

.....

[] Molekularpathologische Zusatzuntersuchung

.....

[] Referenzpathologische Untersuchung, zwecks

[] Studieneinschluss

[] Zweitmeinung (Kostenübernahme durch die Klinik bei stat. Patienten)

[] Sonstiges

..... Datum

..... Name

..... Tel.-Nr.

..... Pieper-Nr.