

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname, Wohnort des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr.

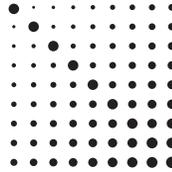
Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum



# DERM PATH MÜNCHEN

## Auftrag für dermatopathologische Begutachtung

DERMATOPATHOLOGIE · KOPF-HALS-PATHOLOGIE · MOLEKULARPATHOLOGIE

PD Dr. med. M. Lüftl · PD Dr. med. H. Starz · Dr. med. J. Schneider

Dr. med. A. Rasch · Dr. med. R. Franz (Dermatologen)

Prof. Dr. med. S. Ihrler · Dr. med. V. Weiler · PD Dr. med. C. Weiler (Pathologen)

Bayerstraße 69 · D-80335 München · Telefon: +49-(0)89-97 88 04 50

Telefax: +49-(0)89-34 02 32 74 · sekretariat@dermpath-muenchen.de

Probebiopsie	Curettage	Shave	Kauter	Teilexzision	Exzision
<input type="checkbox"/>					

Überweisungsschein (bei Kassenpatienten) bitte **HINTEN** anheften

Nr.	Lokalisation	Klinische Verdachtsdiagnose (evtl. kurze Befundbeschreibung)	Histo-Nr. Diese Spalte bitte freilassen

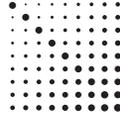
Bitte Rückseite für evtl.  
Mitteilungen und Vorbefunde verwenden (falls relevant)

Bei Privatpatienten  
Einverständnis zu einer externen Laboruntersuchung

Einsender

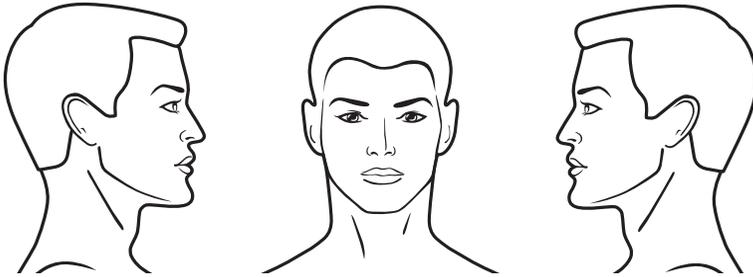
Datum, Unterschrift des Patienten

Stempel



# DERMPATH MÜNCHEN

DERMATOPATHOLOGIE  
KOPF-HALS-PATHOLOGIE  
MOLEKULARPATHOLOGIE



Evtl. Mitteilungen und Vorbefunde (falls relevant):

---

---

---

---

