

Krankenkasse bzw. Kostenträger

☐ Basistarif

☐ Standardtarif

Name, Vorname, Wohnort des Versicherten

Kassen-Nr.

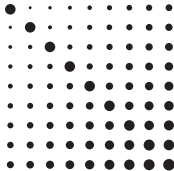
Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum



DERMATH

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. Ihler

Dr. med. V. Bach-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

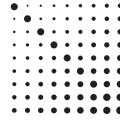
Überweisungsschein (bei Kassenpatienten) bitte HINTEN anheften

		Probebiopsie ☐		Curettage ☐	Shave ☐	Kauter ☐	Teilexzision ☐	Exzision ☐
Nr.	Lokalisation	Klinische Verdachtsdiagnose (evtl. kurze Befundbeschreibung)	Histo-Nr. Diese Spalte bitte freilassen					

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

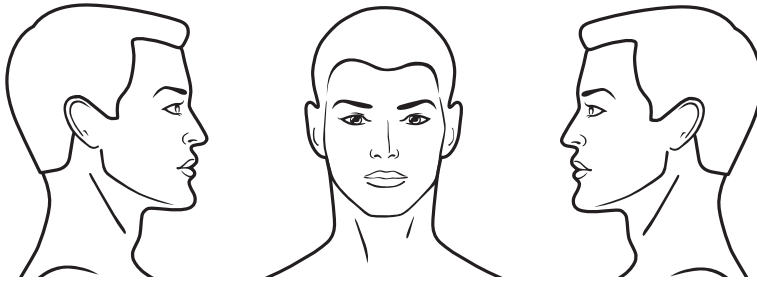
Bei Privatpatienten Einverständnis zu einer externen Laboruntersuchung

Einsender



DERMATH MÜNCHEN

DERMATOPATHOLOGIE
KOPF-HALS-PATHOLOGIE
MOLEKULARPATHOLOGIE



Evtl. Mitteilungen und Vorbefunde (falls relevant):

