

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK-Karte gültig bis	Datum



LABOR LADEMANNBOGEN
MEDIZINISCHE EXPERTISE



Konsultations- und Referenzzentrum für Vaskulitis-Diagnostik

**Leitende Ärztin:
Dr. med. Konstanze Holl-Ulrich**

Telefon (040) 53805 -751
-752
Telefax (040) 53805 -750
eMail holl-ulrich@pathologie-hamburg.de
www.pathologie-hamburg.de

Bitte hier nicht beschriften oder bekleben!

V

Stationär	Ambulant
<input type="checkbox"/> allgemeine Pflegeklasse	<input type="checkbox"/> GKV (Überweisungsschein beifügen)
<input type="checkbox"/> Wahlleistung	<input type="checkbox"/> Privat

cito

Telefon für Rückruf:

.....

Untersuchungsauftrag Vaskulitis

Eingesandtes Material:

.....

.....

.....

.....

Lokalisation:

.....

.....

.....

Klinische Diagnose/Verdachtsdiagnose:

.....

.....

Fragestellung:

.....

Voreinsendung(en), Eingangsnummer:

Ggf. Befundkopie an:

Einsender (Stempel)	

	Telefonnummer Name leserlich

	Entnahmedatum Unterschrift