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

MEDIZINISCHES LABOR NORD
PATHOLOGIE -hamburg.de

Essener Straße 108 22419 Hamburg
Tel.: 040 / 538 05 - 751/-752 Fax: 040 / 538 05 750
www.pathologie-hamburg.de
kontakt@pathologie-hamburg.de

Privat ☐

Einsendeschein für histologische / zytologische Untersuchungen

Art des Materials:	Datum der Entnahme:
Klinische Angaben zur Diagnose:	
Fragestellung:	(Absender: Stempelabdruck)

Dieser Einsendeschein ersetzt nicht den Überweisungsschein bei Kassenpatienten

ilac-MRA DAkkS Deutsche Akkreditierungsstelle D-IS-13171-01-00