

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

Histologie-Auftrag

CÄ Dr. med. Petra Besuch
 Gunda Brinkmann
 Müllroser Chaussee 7
 15236 Frankfurt (Oder)

Telefon: 0335/ 548 - 2761
 Fax: 0335/ 548 – 3886

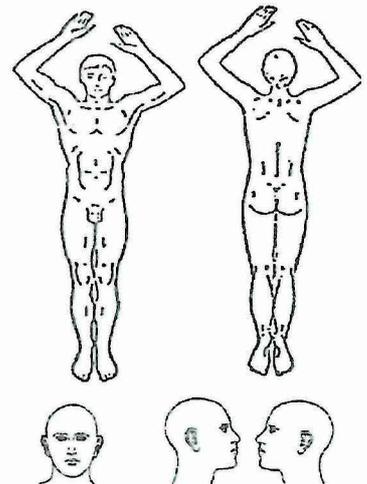
Bitte frei lassen

- o Cito- Befund
 Per Fax: _____ Per Telefon: _____

Lokalisation	Klinische Diagnose	PE/ Curettage	Stanz	Total- exzision

Bemerkung / Fragestellung:

ggf. Skizzierung und Nummerierung der Lokalisation



Einwilligung Rechnung

- o Rechnung an Patient
- o Sonstiger Empfänger : _____

Das MVZ beauftragt die **Klinikum Frankfurt (Oder) GmbH** mit der Durchführung der Abrechnung der ambulanten Leistungen. Hierzu ist die Angabe und Übermittlung meiner zur Abrechnung notwendigen persönlichen Behandlungsdaten erforderlich. Die Mitarbeiter der Abrechnungsstelle unterliegen der Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes.

Ort, Datum _____

Unterschrift des Patienten _____

Stempel und Unterschrift des Arztes