

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

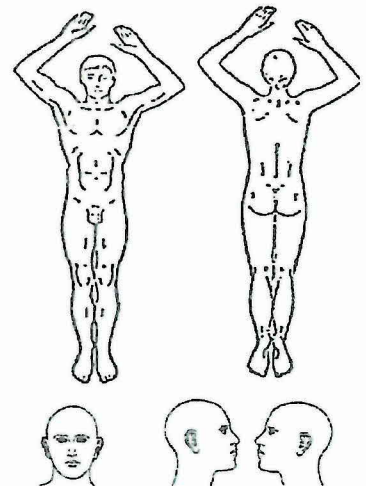
Bitte frei lassen

- 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