



Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Eintrag nur bei Weiterüberweisung!

Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers

Arzt-Nr. des Erstveranlassers

Abnahmedatum

Abnahmezeit

SSW

☐ Befund
eilt, Übermittlung an

☐ Telefon

☐ Fax

Nr.



Kurativ



Präventiv

bei belegärztl.
BehandlungUnfall,
Unfallfolgen

Auftragsnummer des Labors

Hier bitte sorgfältig
Barcode-Etikett einkleben!Knappschafts-
kennziffer

Quartal

Geschlecht

☐ Kontrolluntersuchung
bekannte Infektion

☐ SER

☐ eingeschränkter
Leistungsanspruch
gemäß § 16
Abs. 3a SGB V

☐ Empfängnisregelung, Sterilisation,
Schwangerschaftsabbruch

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

Muster 10 (4.2024)

DERMATOHISTOLOGIE MVZ Pathologie Hildesheim Hannover-Zentrum GmbH
 Ärztlicher Leiter: Prof. Dr. med. R. von Wasielewski

 Osterstr. 24
 Senator-Braun-Allee 35
 Nienburger Str. 12
 Marienstr. 11
 Tiergartenstr. 73

 30159 Hannover
 31135 Hildesheim
 30167 Hannover
 49377 Vechta (nicht akkreditiert)
 30559 Hannover (nicht akkreditiert)

 TEL 0511 16951980
 TEL 05121 174670
 TEL 0511 714058
 TEL 0441 909680
 TEL 0511 523093

 FAX 0511 169519899
 FAX 05121 17467 116
 FAX 0511 7011671
 FAX 04441 9096832
 FAX 0511 522390


Lokalisation	Verdachtsdiagnose							
		Totalex.	PE	Skalpell	Stanze	Kürrett.	Shave	Sonst.
1								
2								
3								
4								
5								
Klin. Befund/Anamnese/Vorbefund								