

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

PATHOLOGIE

INGOLSTADT

Dr. Popp · Prof. Dr. Adam · Prof. Dr. Geißinger · Dr. Nagl

Gemeinschaftspraxis GbR
Levelingstraße 21
85049 Ingolstadt

Tel +49 841 88 555 4 - 0
Fax +49 841 88 555 4 - 12
info@pathologie-ingolstadt.de

Antrag auf Zusatzuntersuchungen an bereits eingesandtem Material (NACHFORDERUNG)

o EILT

Datum: _____

☐	ambulant (+ Ü-Schein - Muster10)
☐	stationär
☐	privat Rechnung an Patient
☐	ambulant
☐	stationär
☐	BG

Annahme:		Aufnahme:	
		Verteiler:	

Einsender:
Vertragsarztstempel / Unterschrift

Material (Angabe der Eingangsnummer):

Gewünschte Untersuchungen:

Ansprechpartner für Rückfragen (Name und Telefonnummer):

Nachbestellung I	Nachbestellung II	Nachbestellung III

Dokumentation Kommunikation: (Rückfragen/Durchgaben an Einsender)