

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
MHH: Barcode-Klebchen verwenden!						geb. am
Kassen-Nr	Versicherten-Nr		Status			
Vertragsarzt-Nr	VK gültig bis		Datum			
Anschrift (bei Privat-Patienten)						

**BEGUTACHTUNGSANTRAG**  
 an die Medizinische Hochschule Hannover  
**Institut für Neuropathologie**  
 Prof. Dr. C. Hartmann  
 neuropathologie@mh-hannover.de  
 Carl-Neuberg-Strasse 1      Tel 0511/532-4580  
 30625 Hannover                      FAX 0511/532-18512

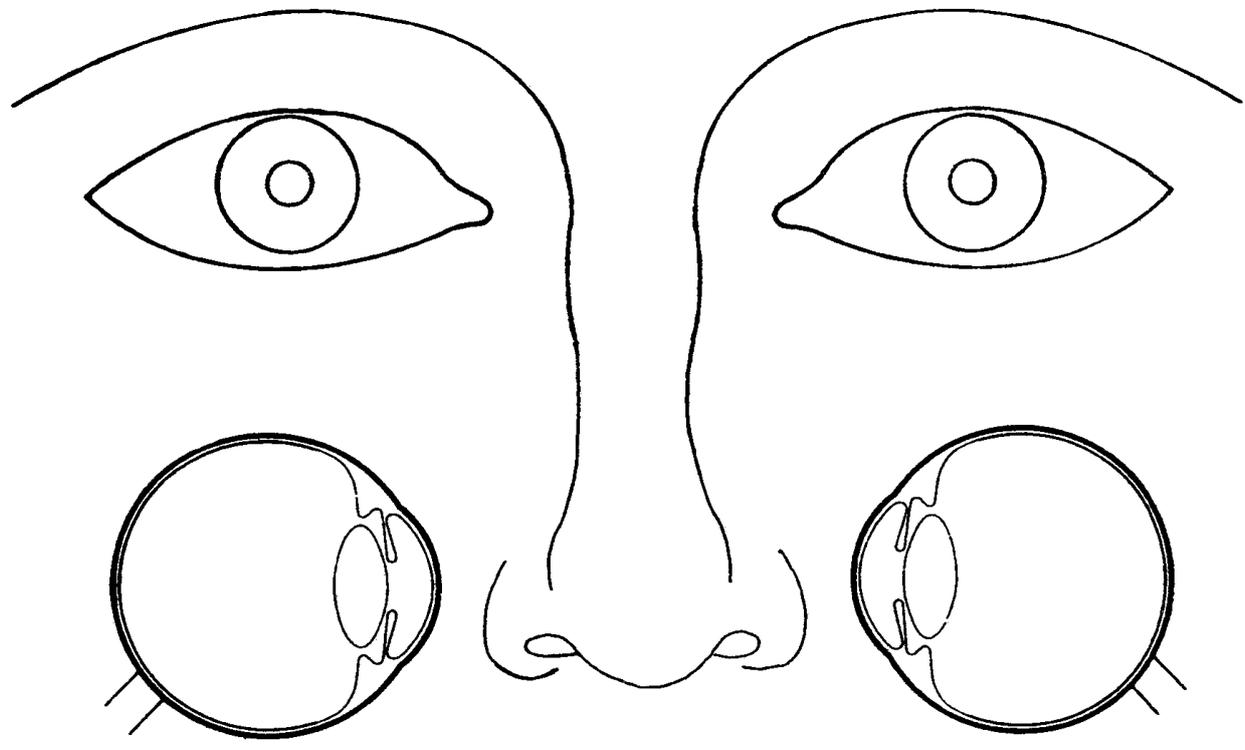
zuständiger Arzt:  
 Telefon:  
 Befund an Fax:  
 Datum:                      Unterschrift:

**Art / Lokalisation des Untersuchungsgutes:**

Vertragsarztstempel Einsender

**Klinische Angaben und Fragestellung:**

OP-Tag: \_\_\_\_\_      Histologischer Vorbefund:  
 Eingesandtes Material:  R     L  
 Bulbus     HH     Exzidat, nähere Bezeichnung:



**Voruntersuchungen**  nein     ja: