

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
-----	-----	-----	-----	------	-----	-------------

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

Name, Vorname des Versicherten
 geb. am
 MHH: Barcode-Klebchen verwenden!

Kassen-Nr Versicherten-Nr Status

Vertragsarzt-Nr VK gültig bis Datum

Anschrift (bei Privat-Patienten)

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

Art / Lokalisation des Untersuchungsgutes:

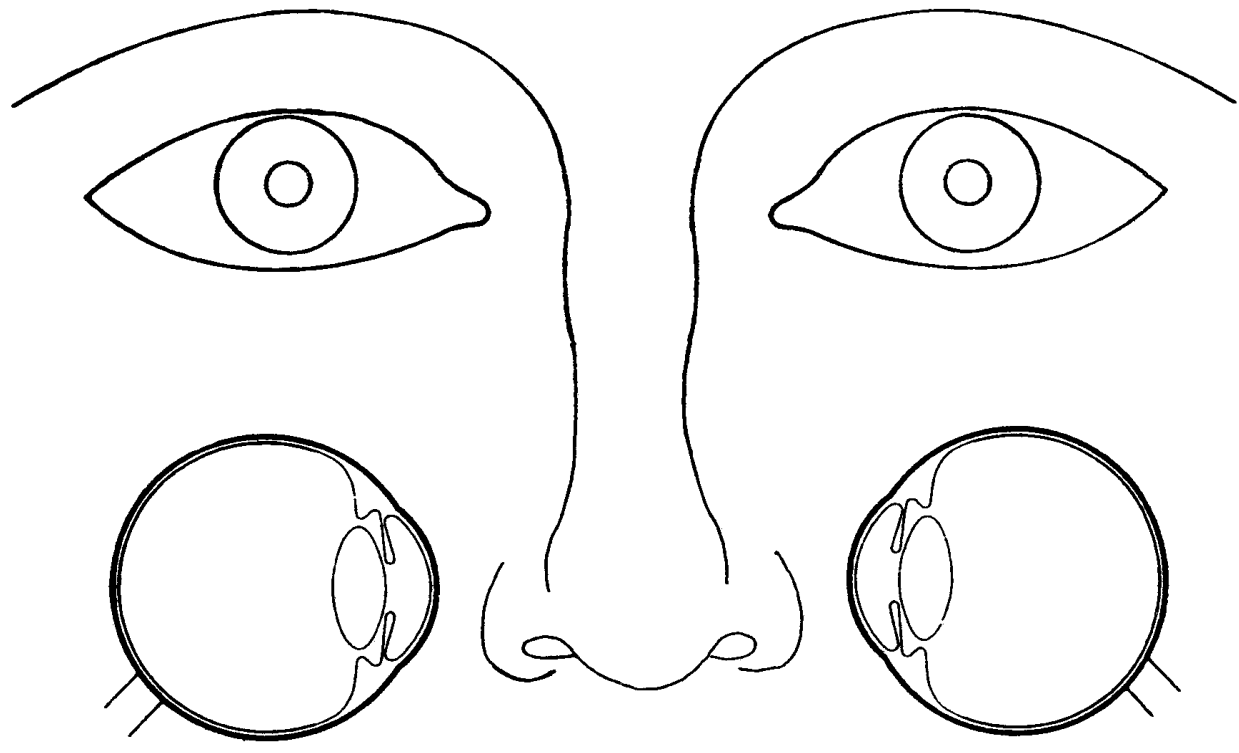
Vertragsarztstempel Einsender

Klinische Angaben und Fragestellung:

OP-Tag: _____ Histologischer Vorbefund:

Eingesandtes Material: R L

Bulbus HH Exzidat, nähere Bezeichnung:



Voruntersuchungen nein ja: