

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
geb. am						
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.		Status		
Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis		Datum		

Dermatohistopathologisches Einsendelabor
Prof. Dr. Hartwig Mensing & Dr. Christian Mensing
Heegbarg 4
22391 Hamburg
Tel. Praxis: 040 / 6023041
Tel. Labor: 040 / 60298064
Fax Büro: 040 / 61139242
Tel. Sekretariat: 040 / 60298427
www.mensing-derma.de

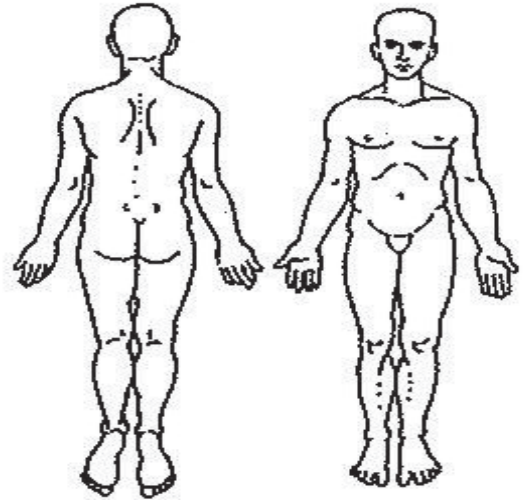
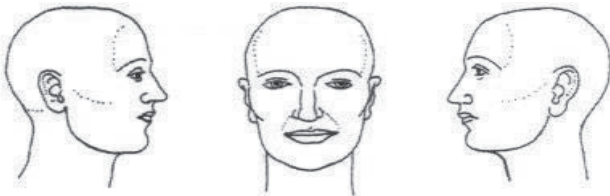
Der histopathologischen Untersuchung und Rechnungsstellung durch das Labor Mensing stimme ich hiermit zu.

Einsender (Praxisstempel):

Datum: _____

Unterschrift: _____

Datum	Unterschrift
E.-Nr. / Barcode	
bitte freilassen	
Eingang Labor:	



Befund / Anamnese:

Vorhistologie-Nr.: _____

Bitte Lokalisation mit Zahlen markieren

Präp.	Klinische Diagnose / Differentialdiagnose	Entnahmetechnik	HKS	Fadenmarkierung / Bemerkungen	bitte freilassen
I		<input type="checkbox"/> Totalexzision <input type="checkbox"/> Probeexzision <input type="checkbox"/> Kürettage <input type="checkbox"/> Shave	<input type="checkbox"/>		
II		<input type="checkbox"/> Totalexzision <input type="checkbox"/> Probeexzision <input type="checkbox"/> Kürettage <input type="checkbox"/> Shave	<input type="checkbox"/>		
III		<input type="checkbox"/> Totalexzision <input type="checkbox"/> Probeexzision <input type="checkbox"/> Kürettage <input type="checkbox"/> Shave	<input type="checkbox"/>		
IV		<input type="checkbox"/> Totalexzision <input type="checkbox"/> Probeexzision <input type="checkbox"/> Kürettage <input type="checkbox"/> Shave	<input type="checkbox"/>		
V		<input type="checkbox"/> Totalexzision <input type="checkbox"/> Probeexzision <input type="checkbox"/> Kürettage <input type="checkbox"/> Shave	<input type="checkbox"/>		
VI		<input type="checkbox"/> Totalexzision <input type="checkbox"/> Probeexzision <input type="checkbox"/> Kürettage <input type="checkbox"/> Shave	<input type="checkbox"/>		
VII		<input type="checkbox"/> Totalexzision <input type="checkbox"/> Probeexzision <input type="checkbox"/> Kürettage <input type="checkbox"/> Shave	<input type="checkbox"/>		
VIII		<input type="checkbox"/> Totalexzision <input type="checkbox"/> Probeexzision <input type="checkbox"/> Kürettage <input type="checkbox"/> Shave	<input type="checkbox"/>		