

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



PADMOL
HANNOVER

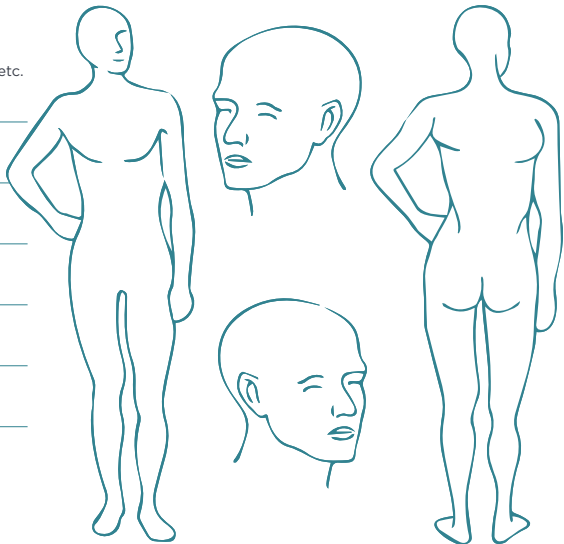
EINGANGSNUMMER | BARCODE

EINGANGSDATUM

PADMOL MVZ GmbH | MVZ HANNOVER | DERMATOPATHOLOGIE
Peiner Straße 4 | 30519 Hannover | T 0511 89 88 43 0 | mail@padmol-hannover.de | www.padmol.de
ÄRZTLICHE LEITUNG Dr. Rolf Rüdiger Meliß (ang.)
ANGESTELLTE ÄRZTE Dr. Christin Herbst | Dr. Joanna Lakomy
KONSILARZT | VERTRETUNG Dr. Wiechert
SITZ PADMOL MVZ GmbH | Thurnithstraße 2 | 30519 Hannover | Amtsgericht Hannover | HRB 205405
GESCHÄFTSFÜHRUNG Dr. Rolf Rüdiger Meliß | Dr. Gunnar Schröder | Marcus Geier | Antje Bräunling

ANTRAG AUF DERMATOPATHOLOGISCHE BEGUTACHTUNG

	Exzis	Stanz	Curet	Shave	EK	Lokalisation, Klinische Diagnose, ggf. Beschreibung, Differentialdiagnose, Vorhistologie etc.
1.	☐	☐	☐	☐	☐	
2.	☐	☐	☐	☐	☐	
3.	☐	☐	☐	☐	☐	
4.	☐	☐	☐	☐	☐	
5.	☐	☐	☐	☐	☐	
6.	☐	☐	☐	☐	☐	
☐ Hautkrebs-Screening						



Stempel Unterschrift des Arztes	, den
-----------------------------------	-------

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



PADMOL
HANNOVER

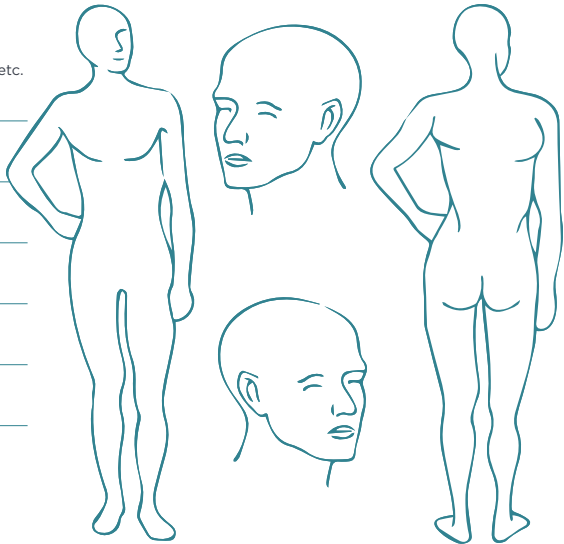
EINGANGSNUMMER | BARCODE

EINGANGSDATUM

PADMOL MVZ GmbH | MVZ HANNOVER | DERMATOPATHOLOGIE
Peiner Straße 4 | 30519 Hannover | T 0511 89 88 43 0 | mail@padmol-hannover.de | www.padmol.de
ÄRZTLICHE LEITUNG Dr. Rolf Rüdiger Meliß (ang.)
ANGESTELLTE ÄRZTE Dr. Christin Herbst | Dr. Joanna Lakomy
KONSILARZT | VERTRETUNG Dr. Wiechert
SITZ PADMOL MVZ GmbH | Thurnithstraße 2 | 30519 Hannover | Amtsgericht Hannover | HRB 205405
GESCHÄFTSFÜHRUNG Dr. Rolf Rüdiger Meliß | Dr. Gunnar Schröder | Marcus Geier | Antje Bräunling

ANTRAG AUF DERMATOPATHOLOGISCHE BEGUTACHTUNG

	Exzis	Stanz	Curet	Shave	EK	Lokalisation, Klinische Diagnose, ggf. Beschreibung, Differentialdiagnose, Vorhistologie etc.
1.	☐	☐	☐	☐	☐	
2.	☐	☐	☐	☐	☐	
3.	☐	☐	☐	☐	☐	
4.	☐	☐	☐	☐	☐	
5.	☐	☐	☐	☐	☐	
6.	☐	☐	☐	☐	☐	
☐ Hautkrebs-Screening						



Stempel Unterschrift des Arztes	, den
-----------------------------------	-------