

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 | PATHOLOGIE**

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.) | Simone Vahl (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 PATHOLOGISCHE BEGUTACHTUNG**

	Exzis	Stanz	Curet	Shave	EK	Lokalisation, Klinische Diagnose, ggf. Beschreibung, Differentialdiagnose, Vorhistologie etc.
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
 Stempel | Unterschrift des Arztes

