

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.) | 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

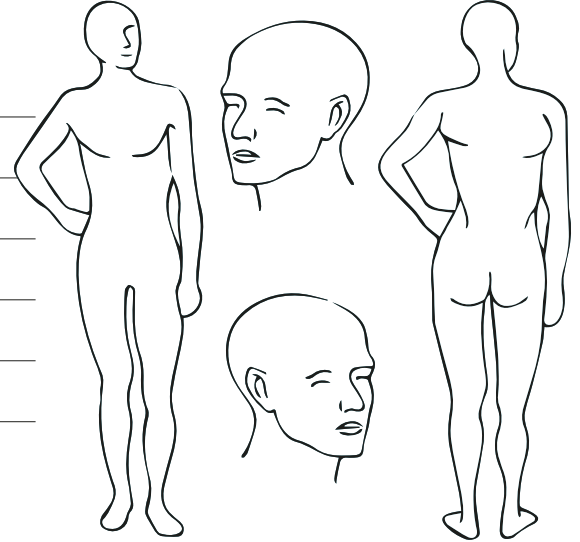
GESCHÄFTSFÜHRUNG Dr. Rolf Rüdiger Meliß | Dr. Gunnar Schröder | Marcus Geier | Antje Bräunling

ANTRAG AUF DERMATOPATHOLOGISCHE 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"/>	

Hautkrebs-Screening



_____, den _____

Stempel | Unterschrift des Arztes