

Anweisung zur zytologischen Untersuchung (exkl. gynäkol. Portio-Zytologie)

Prot.Nr.:

Titel <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		PatientIn: Familienname in Blockschrift <input type="text"/>		Vorname <input type="text"/>		Beruf: <input type="text"/> männl. <input type="checkbox"/>	
Geburtsname: <input type="text"/>		Geb.-Datum (Pat.): <input type="text"/>		Dienstgeber: <input type="text"/> weibl. <input type="checkbox"/>		Kasse (Pat.): <input type="text"/> Vers.-Nr.: <input type="text"/>	
Versicherte/r: <input type="text"/>		Geb.-Datum (Vers.): <input type="text"/>		Kasse (Vers.): <input type="text"/> Vers.-Nr.: <input type="text"/>		Sonderklasse: <input type="text"/>	
PLZ: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Wohnort: <input type="text"/>		Straße: <input type="text"/>		VORBEFUNDE	
Untersuchungsmaterial/Organ/Seite: <input type="text"/>						<input type="text"/>	
Anamnese, Diagnose, Fragestellung: <input type="text"/>						Zusätzlicher Befund an: <input type="text"/>	
Einsender: <input type="text"/>						Datum: <input type="text"/>	
Name/Stempel des/der zuständigen Arztes/Ärztin <input type="text"/>				Telefon <input type="text"/>			

Es wird gebeten, alle Datenfelder gut leserlich und komplett auszufüllen, um Verzögerungen in der Befundübermittlung, die sich auf Grund von Rückfragen ergeben, zu verhindern. Im Falle unvollständiger Datenübermittlung muss nach dem Selbstzahlertarif abgerechnet werden.