

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
MHH: Barcode-Klebchen verwenden!						geb. am
Kassen-Nr	Versicherten-Nr		Status			
Vertragsarzt-Nr	VK gültig bis		Datum			
Anschrift (bei Privat-Patienten)						

BEGUTACHTUNGSANTRAG
 an die Medizinische Hochschule Hannover
 Institut für Neuropathologie
 Prof. Dr. C. Hartmann
 neuropathologie@mh-hannover.de
 Carl-Neuberg-Strasse 1 Tel 0511/532-4580
 30625 Hannover FAX 0511/532-18512

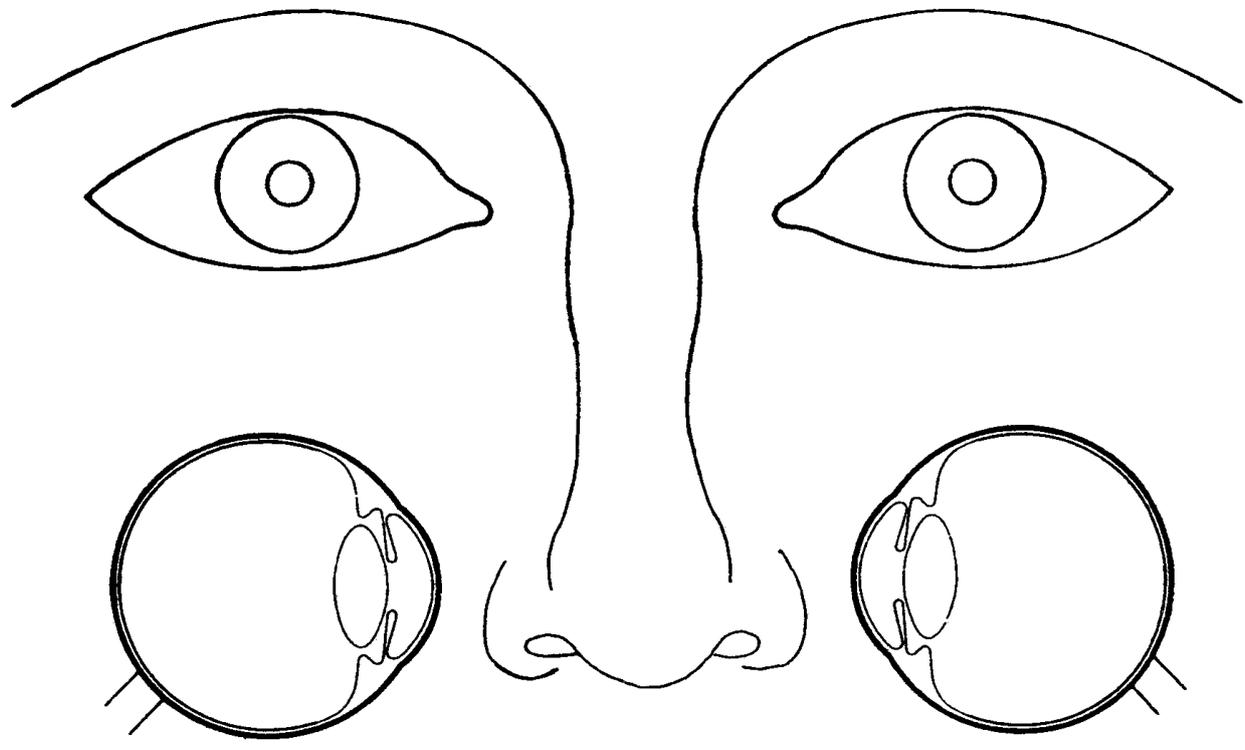
zuständiger Arzt:
 Telefon:
 Befund an Fax:
 Datum: Unterschrift:

Art / Lokalisation des Untersuchungsgutes:

Vertragsarztstempel Einsender

Klinische Angaben und Fragestellung:

OP-Tag: _____ Histologischer Vorbefund:
 Eingesandtes Material: R L
 Bulbus HH Exzidat, nähere Bezeichnung:



Voruntersuchungen nein ja: