

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Untersuchungsantrag



Sozialstiftung Bamberg

Ärztliche Praxiszentren

MVZ am Bruderwald gGmbH
Praxis und Institut für Pathologie,
Neuropathologie, Molekulare
Diagnostik und Zytologie

Postfach 2420, 96015 Bamberg

Tel. 0951/503-13201

Fax. -13209

Mail: mvz-pathologie@sozialstiftung-

Dermatologie/ Plast. Chirurgie

Prof. Dr. R. Buslei Prof. Dr. F. Kiesewetter &Kollegium

ambulant Privat AOP
 stationär PostB KVB BG

Eingangsnummer (Feld bitte leer lassen)

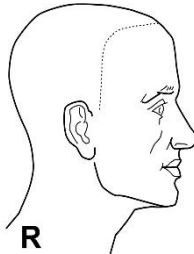
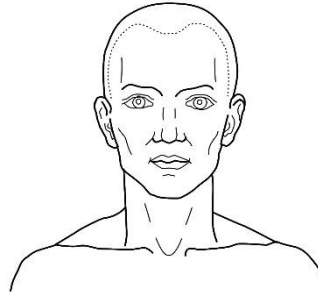
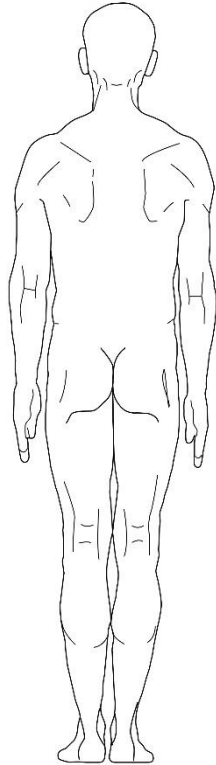
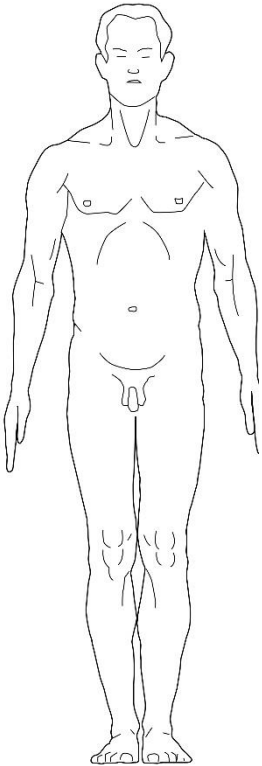
Excidat PE Stanze Shave

Frühere Begutachtung in Bamberg:

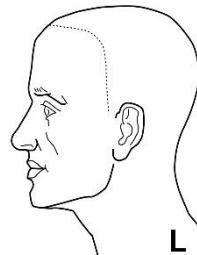
Ja, im Jahr: _____
 Nein

Screening: Ja Nein

Klinische Diagnose und Fragestellung:



R



L

1

2

3

4

5

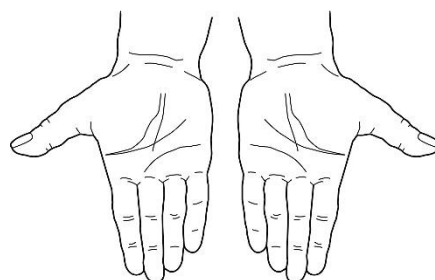
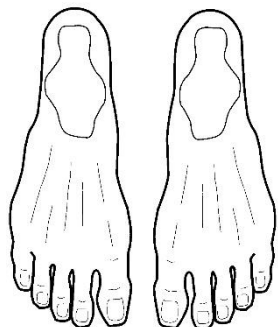
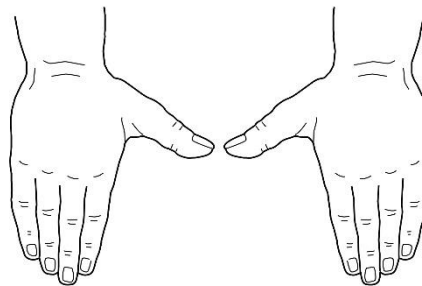
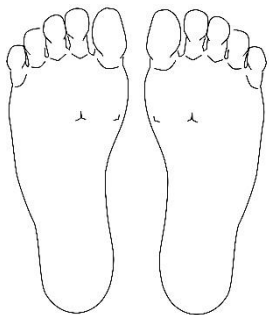
6

7

8

9

10



R L

R L

Stempel u. Unterschrift des Arztes