

An die

STIERMÄRKISCHE KRANKENANSTALTEN Ges.m.b.H.

# ZYTOLOGISCHES INSTITUT

Ärztlicher Direktor: Prim. Univ. Doz. Dr. M. Tötsch

A-8036 Graz

Auenbruggerplatz 20/II

Telefon (0 31 6) 385/12567 oder 12927

Telefax (0 31 6) 385/13786

GKK für	BKK für	VA des österr. Bergbaues	Andere Kostenträger	Erwerbstätig, Arbeitslos, Selbstvers.	1	5	7	9	20	Beleg-Nr.:
						Pen-sionist(in)	Kriegs-hinter-ble-bene(r)		Kampf-opfer	
									Kriegs-beschädigt	21

Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen!

Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!

## HISTOLOGIE

Art des Materials: .....

1. ....

2. ....

Besondere Fragestellung: .....

Klin./ kolposkop./ endoskop. Befunde: .....

Vorbefundnummern vorausgegangener Befunde: .....

Zytologie: ..... Histologie: .....

Befundnummer:

eingelangt am:

Überweisender Arzt:

abgenommen am:.....

Familienname, Geburtsname, Vorname

Versicherungsnummer

Patient

Tag Mon. Jahr

Anschrift

Versicherter (Nur auszufüllen, wenn Patient ein Angehöriger ist)

Tag Mon. Jahr

Beschäftigt bei (Dienstgeber, Dienstort)

Verwandtschaftsverhältnis des Patienten zum Versicherten

Privat

Stationär

Andere Kassen:

AZ:

bei Privatpatient Rechnung an

Einsender

Patient

Für Krankenanstalten: Verpflegekasse:

Sonder-klasse

Allg. Klasse