

|  |     |                  |     |        |     |             |
|--|-----|------------------|-----|--------|-----|-------------|
| AOK  | LKK | BKK              | IKK | VdAK   | AEV | Knappschaft |
| Name, Vorname der/des Versicherten             |     |                  |     |        |     | geb. am     |
| Kassen-Nr.                                     |     | Versicherten-Nr. |     | Status |     |             |
| Vertragsarzt-Nr.                               |     | VK gültig bis    |     | Datum  |     |             |
| <b>Begleitschein zum Untersuchungsmaterial</b> |     |                  |     |        |     |             |

# Dr. med. A. Peters



Praxis für Pathologie am Städtischen Klinikum Lüneburg

Bögelstraße 1      21339 Lüneburg  
 Telefon:            04131 / 77 22 60  
                           04131 / 77 71 55  
 Fax        :            04131 / 77 22 68  
 dr.peters@pathologie-lueneburg.de

|  |   |
|--|---|
| Material (Art und Herkunft)  | eingesandt von (Stempel / Unterschrift)   |
| klinische Diagnose / Befund und Anamnese (bei Abratdaten: L. R. /Hormonbehandlung) | <b>Abrechnung</b><br><input type="checkbox"/> ambulant<br><b>(bitte Überweisungsschein)</b><br><input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> allgemein<br><input type="checkbox"/> Wahlleistungen |
| besondere Fragen, frühere Untersuchungen   |   |