

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK-Karte gültig bis	Datum



**Konsultations- und Referenzzentrum für Vaskulitis-Diagnostik**

**Leitende Ärztin:  
Dr. med. Konstanze Holl-Ulrich**

Telefon: (040) 53805 -751  
-752  
Telefax: (040) 53805 -750  
E-Mail: holl-ulrich@pathologie-hamburg.de  
www.pathologie-hamburg.de

Bitte hier nicht beschriften oder bekleben!

V

**cito**  
**Telefon für Rückruf:**  
.....

<b>Stationär</b>	<b>Ambulant</b>
<input type="checkbox"/> allgemeine Pflegeklasse	<input type="checkbox"/> GKV (Überweisungsschein beifügen)
<input type="checkbox"/> Wahlleistung	<input type="checkbox"/> Privat

**Untersuchungsauftrag Vaskulitis**

Eingesandtes Material:

.....

.....

.....

.....

Lokalisation:

.....

.....

.....

Klinische Diagnose/Verdachtsdiagnose:

.....

.....

.....

Fragestellung:

.....

Voreinsendung(en), Eingangsnummer: .....

Ggf. Befundkopie an: .....

Einsender (Stempel)	
	.....
	Telefonnummer
	.....
	Name leserlich
.....	.....
Entnahmedatum	Unterschrift