

Krankenkasse	Kat
--------------	-----

Überweisung an
PIZ – patho im zentrum GmbH
Grenzgasse 12 / 3100 St. Pölten

Patient		
Familienname	Vorname	Vers.Nr.
Wohnanschrift		
Versicherter		
Familienname	Vorname	Vers.Nr.
Dienstgeber		

Art des Eingriffs	
Gewebe/Lokalisation	
Diagnose	
Anamnese/Klinisch	
Datum	Arztstempel und Unterschrift der/des ausstellenden Ärztin/Arztes

Nachstehende Felder sind vom Vertragsarzt, der die Behandlung übernommen hat, bzw. die Befundung durchführt auszufüllen

Leistungen / Vermerke

Datum

Arztstempel und Unterschrift der/des
behandelnden Ärztin/Arztes