

GKK

BKK

BVA  
VAEB  
SVA  
KFA  
SVB

ANDERE /  
PRIVAT

bitte freilassen

Familienname(n) Vorname(n) Versich.Nr. Tag Monat Jahr

Patient

Anschrift

Versicherter (nur wenn Patient ein Angehöriger ist)

Beschäftigt bei (Dienstgeber, Dienstort)

Beschwerden des Patienten:  
was:  
wo:  
seit wann:  
behandelt mit:  
behandelt bis:  
Grundkrankheiten:

**Zuweisung wegen**

Sinusitis	ak chr purul
Rhinitis	ak chr allerg anterior
Pharyngitis	ak chr
Tonsillitis	ak chr
Glossitis / Zungenbrennen	
Stomatitis Aphthen Herpes	
Otitis	ak chr med ext dex sin
Tumor	

bitte Symbole ankreuzen

**HIS** Histologie  
  **ZYT** Zytologie  
  **PAP** Genital zytologie  
  **BAK** Bakteriologie Sekrete  
  **MYK** Mykologie  
  **PAR** Parasitologie  
  **SER** Serologie  
  **MOL** Molekular-pathologie

Wien, \_\_\_\_\_ vom \_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift des zuweisenden Arztes

GKK

BKK

BVA  
VAEB  
SVA  
KFA  
SVB

ANDERE /  
PRIVAT

bitte freilassen

Familienname(n) Vorname(n) Versich.Nr. Tag Monat Jahr

Patient

Anschrift

Versicherter (nur wenn Patient ein Angehöriger ist)

Beschäftigt bei (Dienstgeber, Dienstort)

Beschwerden des Patienten:  
was:  
wo:  
seit wann:  
behandelt mit:  
behandelt bis:  
Grundkrankheiten:

**Zuweisung wegen**

Sinusitis	ak chr purul
Rhinitis	ak chr allerg anterior
Pharyngitis	ak chr
Tonsillitis	ak chr
Glossitis / Zungenbrennen	
Stomatitis Aphthen Herpes	
Otitis	ak chr med ext dex sin
Tumor	

bitte Symbole ankreuzen

**HIS** Histologie  
  **ZYT** Zytologie  
  **PAP** Genital zytologie  
  **BAK** Bakteriologie Sekrete  
  **MYK** Mykologie  
  **PAR** Parasitologie  
  **SER** Serologie  
  **MOL** Molekular-pathologie

Wien, \_\_\_\_\_ vom \_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift des zuweisenden Arztes