

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
(Name des Versicherten/Versorgungsberechtigungen)			(Vorname)	(geb. am)		
(Ehegatte/Kind/Sonst. Angab.)			(Vorname)	(geb. am)		
Arbeitgeber/Dienststelle/Rentner/BVG/Freiw.)			(Mitgl.-Nr.)	(Krankensch.-Nr.)		
(Wohnung des Patienten)						

Untersuchungsantrag zur pathologisch-anatomischen/zytologischen Begutachtung

Praxis für Pathologie im Josefshaus Dr. M. Rees & Koll.

Amalienstraße 21 · 44137 Dortmund
Postfach 10 29 32 · 44029 Dortmund

Telefon 02 31 / 9 06 26-0

Telefax 02 31 / 9 06 26-25

email info@pathojosefshaus.de

Einsendungs-Nr.

Stationäre/ambulante Behandlung Regelleistung/Wahlleistung (Zutreffendes unterstreichen)

Bei ambul. Kassenpat. muss um Übersendung eines Überweisungsscheines gebeten werden.

bitte frei lassen

Bitte leserlich in Blockschrift ausfüllen!

Untersuchungsmaterial:

Entnahmestelle:

Klinische Daten:

Bei Abrasionsmaterial: letzter Regeltermin?

Hormonvorbehandlung?

Ovulationshemmer?

Besondere klin. Fragestellung:

Frühere histol. Untersuchung? Wann?

Wo?

E-Nr.:

evtl. Diagnose:

Bei Schnellschnittuntersuchungen u. anderen dringl. Fällen: Tel.:

.....
Ort, Datum

.....
Stempel

.....
Unterschrift

Material für histologische Untersuchung in 4% Formaldehydlösung einlegen.