

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
(Name des Versicherten/Versorgungsberechtigten)			(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

Dr. A. Dykgers
Dr. C. Langwieder
Dr. M. Rees
Pathologisches Institut

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

Telefon 02 31 / 9 06 26-0
Telefax 02 31 / 9 06 26-25

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 oder mit Schreibmaschine 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.:

Material für histologische Untersuchung in eine Lösung von Formol (1 Teil) und Wasser (3 Teile) einlegen.

.....
Ort, Datum

.....
Stempel

.....
Unterschrift