

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

**Gemeinschaftspraxis für Pathologie
Dr. C. Langwieder
Dr. M. Rees**

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.

email info@pathojosefshaus.de

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!

Material für histologische Untersuchung in 4% Formaldehydlösung einlegen.

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