

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
geb. am						
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.		Status		
Betriebsstätten-Nr.		Arzt-Nr.		Datum		

Auftrag für Pathologisch-Anatomische Begutachtung

Prof. Dr. med. M. Heine
Dr. med. J. Schmoll
PD Dr. med. W. Back
Dr. med. Röhler (angest. Ärztin)
Pathologen

Postfach 100 346, 27503 Bremerhaven
 Tel. 04 71 / 92 98 90 · Fax 04 71 / 92 98 940
 www.pathologie-bremerhaven.de
 e-mail: info@pathologie-bremerhaven.de

Dieses Feld nicht beschriften

E. Nr. _____

- hier bitte freilassen -

Untersuchungsmaterial / Klinische Diagnose:

Einsendender Arzt:

Histolog. Voruntersuchung:

Anforderung von	50 ml <input type="checkbox"/>	Formalin <input type="checkbox"/>	2000 ml <input type="checkbox"/>
Versandmaterial	100 ml <input type="checkbox"/>	1000 ml <input type="checkbox"/>	Versandtüten <input type="checkbox"/>
	400 ml <input type="checkbox"/>	PE Röhrchen <input type="checkbox"/>	Auftragsscheine <input type="checkbox"/>

Datum

Unterschrift

PATHOANATOMISCHE BEGUTACHTUNG:

- bitte nur vom Pathologen auszufüllen -

Färbungen	Makroskopie	A	Z	MTA I	MTA II	Blöcke

Tel. Klärung mit: _____

am: _____

Unterschrift: _____