

Untersuchungsauftrag für Histologie



Dr. med. B. Bier
Priv.-Doz. Dr. med. E. Eltze
FA K. Emrich
Dr. med. C. Heinrich*
Prof. Dr. med. W. Püschel*

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Institut für Pathologie Saarbrücken-Rastpfuhl

Klinische, molekulare und Zyto-Pathologie
 Gemeinschaftspraxis für Pathologie
 *Angestellter Arzt i.S.v. §32b Abs. II Ärzte-ZV
 Rheinstraße 2, 66113 Saarbrücken
 Telefon 06 81 / 99 27 110
 Telefax 06 81 / 99 27 109
 eMail: sekretariat@pathologie-saarbruecken.de
 www.pathologie-saarbruecken.de

Barcode-Etikett (nur für Pathologie, Feld bitte freilassen)

Eingangsdatum.....

Anzahl der Probengefäße (bitte angeben!)

Vorbefunde (H-Nr.).....

Art des Untersuchungsmaterials und Lokalisation (bitte auf der Rückseite markieren)

.....

.....

.....

Materialannahme

Zuschneide-Ass.

Ausgabe

.....

Klinische Diagnose / Fragestellung (bei klinischem Tumorverdacht bitte: cT..... cN..... cM..... angeben)

.....

.....

Anamnese.....

Wichtige klinische Befunde

Laborbefunde (oder Ausdruck beilegen).....

.....

Radiologischer Befund

Röntgen / CT / MRT / Szintigramm:.....

.....

Bisherige Therapie

(Zytostatika, Radiatio, Sonstige).....

.....

Stempel (Einsender)

Datum / Unterschrift (Einsender)