

Patientendaten

Kostenträger:

- ☐ IGeL ☐ Stationär
☐ Privat ☐ Prästationär
☐ Ambulant ☐ Sonstiges: _____

Abteilung: _____

Chefarzt: _____

Pathologie Allgemein (Kliniken)

Untersuchungsmaterial und Lokalisation:

Klinische Angaben:

Fragestellung:

Einsender:
Stempel

Frühere Untersuchungen:

- ☐ nein
☐ ja Wo: _____
 Wann: _____ E. -Nr.: _____
☐ Duplikat erbeten an: _____
☐ Versandmaterial erwünscht

Unterschrift

Tag der Entnahme