

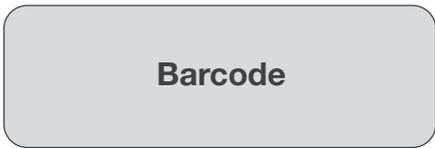
# ANTRAG AUF HISTOLOGISCHE / ZYTOLOGISCHE BEGUTACHTUNG

An

**Prof. Dr. med. Frederick Klauschen**

Direktor des Pathologischen Instituts der Universität München

**Institut Klinikum Großhadern:**  
**Marchioninstraße 68, 81377 München**  
**Telefon (089) 2180-76602**  
**Fax (089) 2180-76605**  
**Rohrpost: 4203**



Institut Innenstadt:  
 Thalkirchner Straße 36  
 80337 München  
 Telefon (089) 2180-73611  
 Fax (089) 2180-73727

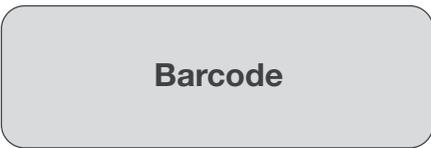
Krankenkasse:	AOK	LKK	BKK	IKK	EK (VdAK)	Knappsch.	Sonstige	Privat
Name des Versicherten								
Vorname		geb. am						
Name d. Patienten/in								
Vorname		geb. am						
Anschrift des Versicherten Straße, Haus-Nr.								
PLZ		Wohnort						
<b>Anfordernde Kostenstelle</b>								

ambulant	<input type="checkbox"/>
stationär	<input type="checkbox"/>
<b>Abrechnung mit:</b>	
Klinik	<input type="checkbox"/>
Patienten (Selbstzahler, privat; mit Einverständnis d. Patienten)	<input type="checkbox"/>
Sonstige (z.B. Bundeswehr, BG, etc.)	<input type="checkbox"/>

\_\_\_\_\_  
 Einsender (Stempel, Unterschrift)

(Bitte Name des Patienten/der Patientin auch hier angeben)

Name d. Patienten/in	Vorname
geb. am	Beruf



Histologische / zytologische Vorbefunde  
 (wo, wann, ggf. J.-Nr.):

Eingesandtes Material:

Klinische Angaben

(Vorgeschichte, Diagnose, Verdachtsdiagnose, Fragestellung):

Zust. MTA:
LP: <input type="checkbox"/>
KP: <input type="checkbox"/>
N: <input type="checkbox"/>

Klinik/Station:  
 Telefon (Station):  
 Telefon (OP):  
 (bei Schnellschnittuntersuchung)

Datum \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Einsender (Stempel, Unterschrift)