

ANTRAG AUF ELEKTRONENMIKROSKOPISCHE BEGUTACHTUNG

An

Prof. Dr. med. Thomas Kirchner
Vorstand des Pathologischen Instituts der Universität München
 Thalkirchner Straße 36 · 80337 München
 Telefon (089) 2180-73708
 Fax (089) 2180-73671

Biopsie-Nr.:
 EM-Nr.:
 J.-Nr.:

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						
Anfordernde Kostenstelle								

ambulant	<input type="checkbox"/>
stationär	<input type="checkbox"/>
Abrechnung mit:	
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.):

Biopsie-Nr.:
 EM-Nr.:
 J.-Nr.:

Eingesandtes Material:

ORGAN:

Biopsie: 0
 Autopsie: 0
 Zytologie: 0

Nativmaterial: 0
 fixiert - Formol: 0
 fixiert - Glutaraldehyd: 0
 in Zucker Glutaraldehyd
 Umbettung a. Paraffinblock: 0

Histologische Diagnose:

Feinstrukturelle Fragestellung:

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

Datum _____

Einsender (Stempel, Unterschrift)