

ANTRAG AUF HISTOLOGISCHE / ZYTOLOGISCHE BEGUTACHTUNG

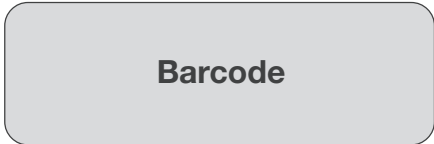
An **Prof. Dr. med. Frederick Klauschen**

Direktor des Pathologischen Instituts der Universität München

Thalkirchner Straße 36 - 80337 München

Telefon (089) 2180-73611

Fax (089) 2180-73727



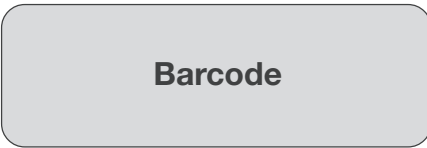
Krankenkasse:	AOK	LKK	BKK	IKK	EK (VdAK)	Knappsch.	Sonstige	Privat
Name des Versicherten								
Vorname		geb. am						
Name d. Patienten/in								
Vorname		geb. am						
Anschrift des Versicherten Straße, Haus-Nr.								
PLZ			Wohnort					
Anfordernde Kostenstelle								

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.):

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)