Name, Vorname des Versicherten

geb. am

GEMEINSCHAFTSPRAXIS PATHOLOGIE STARNBERG

PD Dr. med. C. Brinkschmidt
Dr. med. M. Lohner
PD Dr. med. W. Müller
PD Dr. med. H. Nagel
Dr. med. D. Prechtel
Prof. Dr. med. S. Schweyer

HISTOLOGIE ZYTOLOGIE

Am Fuchsengraben 3
82319 Starnberg
Tel. 08151/3612-0
Fax 08151/78420
www.pathologie-starnberg.de
praxis@pathologie-starnberg.de

Begutachtungsantrag

☐ weiblich ☐ stationär Abrechnung mit
☐ männlich ☐ ambulant ☐ KV/Überweisungsschein ☐ Krankenhaus ☐ Sonstige z.B. BG ☐ Patient mit Einverständnis des Patienten nach § 4 GOÄ

Untersuchungsmaterial – Art und Herkunft:

Fragestellung/Verdachtsdiagnose:

☐ histol./zytol. Voruntersuchungen

Nummer und Jahr | Datum | Telefon | Stempel und Unterschrift des Einsenders

Histologisches Untersuchungsmaterial bitte in 10% Formalin (entspricht einer 4%igen Formaldehydlösung) fixieren.

Der anhängende Durchschlag ist für Ihre Unterlagen bestimmt.