

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Patienten		
geb. am		<div>W</div>
		<div>M</div>
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Ambulant ☐ Stationär ☐ Privat ☐ Präventiv ☐

Überweisungsschein bitte beifügen

Letzt histologische Begutachtung:

Nr.:

Klinische Diagnose, ggf. Dauer, Verlauf, Vorgeschichte, Vorbehandlung, Fragestellung:

Untersuchungsmaterial (Organ bzw. Lokalisation, Art der Probe):

Gefäß 1:

Gefäß 2:

Gefäß 3:

Gefäß 4:

Gefäß 5:

Gefäß 6:

Sonstiges:

Schnellschnitt: JA ☐ NEIN ☐ Infektiöses Material: z.B. HIV, Hepatitis, TBC, MRSA JA ☐ NEIN ☐	Interne Qualitätssicherung				G:				R:	
					K:				EP:	
	BL		EVG		MGG		IMM		Eingang	
	HE		FE		Sonst.		Kalk			
	WG		AlcP		Stufen				Ausgang	
	PAS		Gie		AU		SS			

Gezielte Fragestellung:

Einsenderstempel

Datum

Unterschrift d. einsendenden Arztes

LM-NR.:

Eingang am:

Begutachtungsauftrag für:



Institut für Pathologie
Paulmannshöher Straße 14
58515 Lüdenscheid
Telefon 02351 46 - 2664
Telefax 02351 46 - 2670
pathologie-luedenscheid@uk-koeln.de

Graue Felder bitte nicht beschriften!