

Patientendaten

Post

Kapsel

Blöcke



Eingangsnummer

Untersuchungsauftrag zur histologischen/zytologischen Begutachtung

an:

- Pathologisches Institut am Klinikum Fürth
 MVZ gGmbH, Abteilung Pathologie

Leitung PD Dr. med Andreas H. Marx
 Jakob-Henle-Str. 1
 90766 Fürth
 Tel.: 0911 7580 1380
 Fax: 0911 7580 1892
 E-Mail: pathologie@klinikum-fuerth.de

Unterschrift und Stempel des Einsendenden

Datum

Versicherungsstatus:

- GKV (Kasse)
 PKV (Privat) mit Chefarzt
 Wahlleistung ohne Chefarzt
 Private Zusatzversicherung mit Chefarzt

Behandlung

- ambulant
 stationär

Geschlecht

- weiblich
 männlich
 divers

Rechnung an:

- Patient:in
 Einsendenden
 Andere:

Dringlichkeit:

- Schnellschnitt
 eilige Befundung

Rückrufnummer Einsendender:

Gefäß 1: _____

Gefäß 2: _____

Gefäß 3: _____

Gefäß 4: _____

Gefäß 5: _____

Gefäß 6: _____

Gefäß 7: _____

Gefäß 8: _____

Gefäß 9: _____

Gefäß 10: _____

Nur von der Pathologie auszufüllen:

restlos: ja nein

Klinische Diagnose/Fragestellung: _____

Beginn der Erkrankung; Vorgeschichte: _____

Fernmetastasen vorhanden (R₂): ja nein
 (Bei Tumoreingriffen unbedingt ausfüllen)