

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)  
☐ Private Zusatzversicherung mit Chefarzt  
☐ IGE  
\_\_\_\_\_

### 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: \_\_\_\_\_

Klinische Diagnose/Fragestellung: \_\_\_\_\_

Beginn der Erkrankung; Vorgeschichte; weitere hilfreiche Informationen:

\_\_\_\_\_

Fernmetastasen vorhanden (R<sub>2</sub>): ☐ ja ☐ nein  
(Bei Tumoreingriffen unbedingt ausfüllen)