

Post	Kapsel	
Datum		
Unterschrift und Stempel des einsendenden Arztes		
Eingangsnummer		

Adrema oder Etikett des Patienten, bzw. Name, Vorname, Geburtsdatum, Station – bei ambulanten Patienten Krankenkasse

Pathologie Ko.-St. 9280

Stationär/Allg. Klasse: ja/nein

Stationär/Wahlleistungspatient

Rechnung an Patienten: ja/nein

Ambulant

Ü-Schein liegt bei: ja/nein

Ambulant

Rechnung an Patienten: ja/nein

Antrag zur histologischen/zytologischen Begutachtung

an das Pathologische Institut am Klinikum Fürth, Jakob-Henle-Str. 1, 90766 Fürth

Ärztliche Leitung Pathologisches Institut
 Chefarzt PD Dr. med. Andreas H. Marx
 Tel.: 0911 7580 1380
 Fax: 0911 7580 1892

Schnellschnitt: ja nein Rückruf Sprechanlage: _____

Frühere histolog./zytolog. Untersuchungen in Fürth, E.-Nr.: _____

Auswärtige patholog. Diagnose zum jetzigen Fall: _____

Präparat 1: _____ Präparat 2: _____

Präparat 3: _____ Präparat 4: _____

Präparat 5: _____ Präparat 6: _____

Präparat 7: _____ Präparat 8: _____

Klinische Diagnose: _____

Beginn der Erkrankung; Vorgeschichte: _____ Kurative Resektion (R 0): ja nein
(Bei Tumoreingriffen unbedingt ausfüllen)

Bei der pathologischen Untersuchung soll besonders geachtet werden auf

