

Antrag auf pathologisch-anatomische Begutachtung

Dieses Feld bitte nicht beschriften!

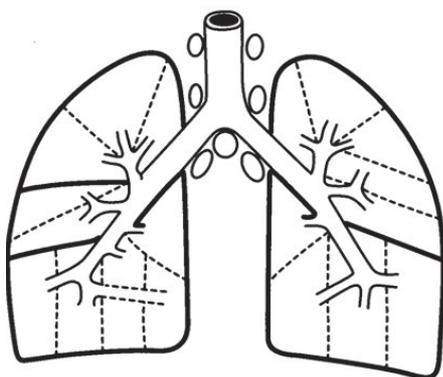
Einsendende/r Arzt/Ärztin: (genaue Anschrift / Stempel) Datum: _____ Entnahmezeit des Präparats: _____ Uhr Klarname des Operateurs: _____ Telefon: _____ Unterschrift: _____			Patient/in: (Aufkleber)	
Stationär: Regelleistung <input type="radio"/>	Stationär: Wahlleistung Arzt <input type="radio"/> <small>KVB Post B Knappschaft</small>	Ambulant: Ü-Schein liegt bei <input type="radio"/>	Ambulant Privat: Rechnung an Patienten <input type="radio"/> <small>KVB Post B Knappschaft</small>	Ambulantes Operieren Krankenhaus: <input type="radio"/> <small>Kassen-Nr.:</small>

Untersuchungsgut:

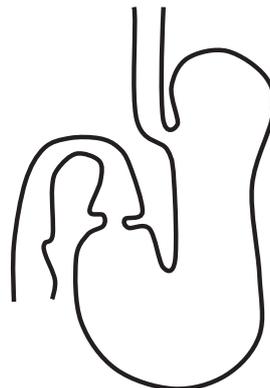
1. _____	4. _____
2. _____	5. _____
3. _____	6. _____

Klinische Diagnose, Krankheitsverlauf, Fragestellung:	Voruntersuchung: (Nr. und Datum)
Beginn der Erkrankung:	Erfolgte Therapie:

Gynäkolog. Befund:
 Zyklus: regelmäßig / unregelmäßig
 Zyklusdauer:
 Letzte Regel:
 Hormongabe:
 PAP-Gruppe:



Pneumologischer Befund



Gastroenterologischer Befund

