AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft

Name, Vorname der versicherten Person

geb. am

Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status

Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Untersuchungsantrag

Gemeinschaftspraxis für Pathologie Minden
R. Danebrock, N. Jonigkeit, E. Freitag, Ch. Veit, A. Versmold
Paul-Ehrlich-Str. 9
32429 Minden
Tel.: 0571/790-4701
Fax: 0571/790-294701
E-Mail: Info@Klinikum-Minden.de

Laboraufkleber

Eingang

Ausgang

Klinik:_____ **Station:**_____

Fachperson:_____ **Tel.:** _____

Ambulant ☐ **Selbstzahler** ☐ **AO** ☐ **ASV** ☐

Färbungen

Vertragsarztstempel/Unterschrift des überw. Arztes

Schnellschnitt ☐

Entnahmetag:_____

Untersuchungsmaterial u./o. Entnahmelokalisation

Makroskopie der Pathologie

I: _____

II: _____

III: _____

IV: _____

V: _____

VI: _____

VII: _____

VIII: _____

IX: _____

X: _____

Klinische Angaben: