

Kostenträger

Patient: Name, Vorn.

Bitte ankreuzen:

- Kassenpatient  
 Selbstzahler/privat  
 ambulant  
 stationär

P-Nr.:

Bitte freilassen

geb.  
wohnhaft

Kassen - Nr., Versicherten -Nr., Status

Antrag auf pathologisch - anatomische und  
histologisch-zytologische Untersuchung an die

### Gemeinschaftspraxis für Pathologie

Dr. med. R. Nikorowitsch & Prof. Dr. med. H. Zhou

Mitarbeit als Vertreter: Dr. med. D. Kindermann

Prinz - Albert - Str. 26

53113 Bonn - Zentrum

Tel.: 0228 / 91 42 910

Fax: 0228 / 91 42 920

E-mail: [info@pathologie24.de](mailto:info@pathologie24.de)

[www.pathologie24.de](http://www.pathologie24.de)

### Klinische Angaben - Fragestellung:

Gefäß-Nr. - Lokalisation - Befund - relevante Laborwerte - etc.

- Datum - Bitte Stempel und Unterschrift des einsendenden Arztes

Bitte ankreuzen:

**Versandmaterial erwünscht**  
 Röhrchen  Tüten  Anträge  Ooder:

**Eilige Befundübermittlung**



Fax:

**Vorbefunde bitte angeben:**

Evtl. gynäkologische Anamnese:

Letzte Regel:          Zyklusdauer:          Gravitätät?          Geburten:  
Hormonbehandlung?          Ovulationshemmer?

Zusätzliche Befundkopien erbeten an (bitte vollständige Adresse angeben):