Kostenträger

.....Patient: Name, Vorn.

geb.

wohnhaft

.....

Kassen - Nr., Versicherten -Nr., Status

Bitte ankreuzen:

- ☐ Kassenpatient
- ☐ Selbstzahler/privat
- ☐ ambulant
- ☐ stationär

P-Nr.:

Bitte freilassen

Klinische Angaben - Fragestellung:

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

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

MVZ Pathologie24 Bonn

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

(angestellte Fachärzte für Pathologie)

Prinz-Albert-Str. 26 53113 Bonn

Tel.: 0228-91429-10

Fax: 0228-91429-20

E-Mail: info@pathologie24.de

www.pathologie24.de

- Datum - **Bitte Stempel** und Unterschrift des einsendenden Arztes

Bitte ankreuzen:

☐ ***Versandmaterial erwünscht***

○ *Röhrchen* ○ *Tüten* ○ *Anträge* ○ *oder:*

☐ ***Eilige Befundübermittlung***

: ***Fax:***

Vorbefunde bitte angeben:

Evtl. gynäkologische Anamnese:

Letzte Regel: Zyklusdauer: Gravidität? Geburten:

Hormonbehandlung? Ovulationshemmer?

Zusätzliche Befundkopien erbeten an (bitte vollständige Adresse angeben):