

Krankenkasse bzw. Kostenträger			Bitte nicht ausfüllen Eingegangen am: E.-Nr.: Stückzahl: Blockzahl: Färbungen: Entkalkung: Spezielles:
Name, Vorname des Versicherten			
geb. am			
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	

Einsendung zur histologischen Begutachtung

an Praxis für Pathologie und Zytologie
Dr. Rüdiger Klein

Friedrich-Spee-Straße 37 · 97072 Würzburg · Tel. 09 31 / 79 66 90 · Fax 0931 / 7 96 69 60

Ambulant *) Stationär

Frühere histol. Begutachtungen	Jahr:	E Nr.
1. Untersuchungsmaterial: _____		
Entnahmestelle _____	Datum: _____	

2. Klinische Angaben: (insbesondere auch histologische und cytologische Vorbefunde)

3. Bei Ausschabungen: Hormonbehandlung: ja - nein Ovulationshemmer: ja - nein

Letzte Regel:

Letzte Geburt: (Abort?)

Adnexe:

Unterschrift und Stempel des Arztes

4. Labor:		Rö	Foto	H	M
-----------	--	----	------	---	---