

AOK	IKK	BKK	LKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
geb. am						
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.		Status		
Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis		Datum		



## Pathologie

### Antrag zur histologischen Untersuchung

**Klinische Diagnose:**

**Fragestellung:**

**Frühere Untersuchungen**  Pathologie Klinikum Saarbrücken H.-Nr.: \_\_\_\_\_  
 extern: \_\_\_\_\_

**MATERIAL: Organ / Lokalisation WICHTIG: Jedes Gefäss beschriften!**

1)
2)
3)
4)
5)
6)
7)
8)
9)
10)

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

MVZ Klinikum Saarbrücken GmbH  
 – Pathologie –  
 Winterberg 1, 66119 Saarbrücken

**Befundauskunft:**  
 Tel.: 06 81 - 963 - 25 27  
 Fax: 06 81 - 963 - 28 48

**Bitte freilassen!**

**Schnellschnitt**  
 Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

**Eilschnitt**  
 Fax-Nr.: \_\_\_\_\_

Abrechnung (bitte ankreuzen)

Ambulant (Überweisung liegt bei)	Krankenhaus
<input type="checkbox"/> KV <input type="checkbox"/> privat (PVS)	<input type="checkbox"/> Krankenhaus Regelleistung
<input type="checkbox"/> KV (Vorsorge)	<input type="checkbox"/> Wahlleistung Chefarzt (PVS)

Kopie an: (Bitte vollständige Adresse angeben)

**Bisherige Therapien:**

- Medikamente
- Bestrahlung
- Zytostatika
- Hormonrezeptoren erwünscht

**Skizze:**

---



---

Stempel:

