

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

Bitte freilassen!

Schnellschnitt
Tel.-Nr.:

Eilschnitt
Fax-Nr.:

Rechnung an:

Patient
 Klinik
 Krankenkasse

ambulant Vorsorge
 stationär
 privat

Antrag zur histologischen Untersuchung

für Dr. med. R. Weimann
Institut und Praxis für Pathologie
Klinikum Saarbrücken gGmbH
Winterberg 1, 66119 Saarbrücken



Kopie an: (Bitte vollständige Adresse angeben)

Klinische Diagnose:

Bisherige Therapien:

- Medikamente
- Bestrahlung
- Zytostatika
- Hormonrezeptoren erwünscht

Fragestellung:

Frühere Untersuchungen Pathologie Klinikum Saarbrücken H.-Nr.: _____
 extern: _____

MATERIAL: Organ / Lokalisation WICHTIG: Jedes Gefäß beschriften!

Skizze:

1)
2)
3)
4)
5)
6)
7)
8)
9)
10)
11)
12)

Datum: _____ Unterschrift _____

Befundauskunft:

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

- Begleitscheine erwünscht Menge:
- Versandmaterial erwünscht Menge:

Stempel:

www.klinikum-saarbruecken.de
- Informationen zu Fixation und Versand sowie
- Onlinebestellung