Untersuchungsantrag Pathologisches Institut Recklinghausen (nur zur internen Verwendung)

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft	

Name, Vorname des Versicherten (geb. am)

(Ehegatte / Kind / Sonst. Angeh.) (Vorname) (geb. am)

(Kassen-Nr.) (Krankensch.-Nr.)

(Wohnung des Patienten)

Begutachtungsauftrag für

Prof.Dr.med.Walter Wierich u. Partner
PATHOLOGISCHES INSTITUT
Postfach 10 17 62 · 45617 Recklinghausen
Mühlenstraße 31 · 45659 Recklinghausen
Telefon 0 23 61/93 00-0 · Telefax 0 23 61/93 00-93

Feld bitte freilasssen

Absender:

Datum

Befundkopie an:

Stationär / **Station:** Regelleistung ☐ / Wahlleistung/Arzt I ☐ II ☐ **Ambulant:** Kasse ☐ / Privat ☐ / Knappschaft A II S ☐

Frühere hist. Untersuchung / Cytologie Nr. _____ vom _____

Bei Abrasio: Cyklus? _____ Cyklustag? _____ Ovulationshemmer? _____

Material: 1. _____ 3. _____

2. _____ 4. _____

Fragestellung: _____

Klin. Diagnose: _____

Bei Schnellschnitten bitte telefonische Durchwahl angeben

Fortsetzung ggf. auf der Rückseite