

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

Einlauf Nr.:

Eingegangen am:

ambulant

stationär

privat

Antrag auf Histopathologische Begutachtung

an Dr. B. Blume, Prof. Dr. J. Dämmrich, Dr. B. Heine, Dr. M. E. Dämmrich

Fachärzte für Pathologie · Gemeinschaftspraxis

Alte Bahnhofstr. 1 · Postfach 1258 · 97402 Schweinfurt · Tel. 09721/28082 · Fax 09721/16238

Frühere histologische Einsendungen: Nr. _____ Jahr _____

1 Eingesandtes Material: _____
(Art, Entnahmestelle)

2 Klinische Diagnose: _____

Beginn der Erkrankung: _____

Besondere klinische Erscheinungen: _____

3 Bei Ausschabungen: _____

Regelanamnese, Zyklusdauer: _____ Letzte Periode: _____

Hormontherapie: Ja / Nein. Präparat: _____ von _____ bis _____

Kontrazeptiva: Ja / Nein. Präparat: _____ von _____ bis _____

Letzte Geburt / Abort: _____ Adnexe: _____

4 Besondere Fragestellungen: _____

Bei Frage nach Kristallarthropathie bitte Gefäße mit blauer Flüssigkeit benutzen

Einsender:

(Unterschrift des einsendenden Arztes)

Bitte Stempel!