

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!