

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 Patho-Histologische Begutachtung

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

Fachärzte für Pathologie · Gemeinschaftspraxis

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

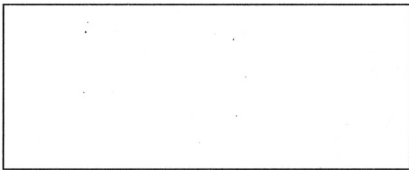
Frühere histologische Einsendungen: Nr. _____ Jahr _____

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: _____

Einsender: 

(Unterschrift des einsendenden Arztes)

Bitte Stempel !