

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

### Untersuchungsmaterial

- |   |                                  |  |
|---|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Pleurapunktat  | <input type="checkbox"/> Ascites | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenpunktat     |
| <input type="checkbox"/> Br.-Sekret/BAL | <input type="checkbox"/> Sputum  | <input type="checkbox"/> Mamma: Sekret / Punktat |
| <input type="checkbox"/> Gelenkpunktat  | <input type="checkbox"/> Urin    | <input type="checkbox"/> Sonstiges:              |

**Klinische Diagnose:** \_\_\_\_\_

**Besondere Fragestellungen:** \_\_\_\_\_

Fixationsmittel: \_\_\_\_\_

Frühere Befunde (Präp.-Nr., Ergebnis)

Einsender:

Datum

Stempel und Unterschrift

# Antrag auf zytologische Untersuchung

an Dr. B. Blume, Prof. Dr. J. Dämmrich, Dr. B. Heine  
 Fachärzte für Pathologie · Gemeinschaftspraxis

Alte Bahnhofstr. 1 · Postfach 1258 · 97402 Schweinfurt  
 Telefon 097 21 / 2 80 82 · Telefax 097 21 / 1 62 38

Eing.-Datum / Präp.-Nr.

Eingegangenes Material:

---

### Zytol. Begutachtung:

Datum

Unterschrift