

| 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, Dr. M. E. Dämmrich
Fachärzte für Pathologie · Gemeinschaftspraxis

Alte Bahnhofstr. 1 · Postfach 1258 · 97402 Schweinfurt
Telefon 09721 / 28082 · Telefax 09721 / 16238

Eing.-Datum / Präp.-Nr.

Eingegangenes Material:

Zytol. Begutachtung:

Datum

Unterschrift