Antrag auf histologische Begutachtung

Pathologie Leopoldina Krankenhaus
Gustav-Adolf-Straße 8 - 97422 Schweinfurt
Tel. 09721 720-3532 Fax 09721 720-2996

Leopoldina Krankenhaus

Entnahme-Datum: _____ Eingangsdatum: _____

Name: _____

Vorname: _____ **Einlauf-Nummer:**

Geb.Datum: _____

Wohnort: _____ 00 _____
02 _____
15 _____
16 _____

Ambulant: _____ Vorstationär: _____ Stationär: _____

Schnellschnitt: ☐ **Tel.-Nr.:**

1. Eingesandtes Material:
(Art/Entnahmestelle)

Evtl. Zeichnung:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

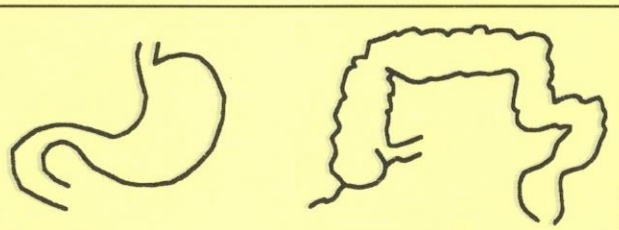
_____

_____

2. Klinische Diagnose / Besondere Fragestellung

_____

3. Intestinale Biopsien:



Entnahmestelle
bitte markieren

4. Ausschabungen:

Regelanamnese, Zyklusdauer: _____ Letzte Periode: _____

Hormontherapie / Kontrazeption: _____

Einsender (Stempel)

Patho_FB Histologische Begutachtung_20120416

_____
Unterschrift des einsendenden Arztes