

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname d. Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

## Anforderung für histologisch/zytologische Begutachtung

**Pathologisches Institut und  
Fachbereich des MVZ  
Chefärztin Prof. Dr. med. I. Bittmann  
AGAPLESION DIAKONIEKLINIKUM  
ROTENBURG gemeinnützige GmbH**  
(Akademisches Lehrkrankenhaus der  
medizinischen Fakultät der Universität Hamburg)

Elise- Averdieck- Str. 17  
27356 Rotenburg (Wümme)  
Tel.: 0 42 61/77-24 40 – Fax.: 0 42 61/77-20 22  
e-mail: pathologie@diako-online.de  
Internet: www.diako-online.de

Dieses Feld bitte nicht beschriften

E- Nr. / Z- Nr.

### Untersuchungsmaterial/ Klinische Diagnose:

Schnellschnitt	Ja <input type="checkbox"/>
Tel. Nachricht Tel. Nr.:	<input type="checkbox"/>
Fax Nachricht Fax Nr.:	<input type="checkbox"/>

Stempel Einsender

### Befundkopie an:

### Histologische/Zytologische Voruntersuchung:

	Datum	Unterschrift
Anforderung von	25ml (blau) <input type="checkbox"/>	Scheine <input type="checkbox"/>
Versandmaterial	Pe-Röhrchen <input type="checkbox"/>	Tüten <input type="checkbox"/>
	Übergefäße (für PE) <input type="checkbox"/>	
Sonstiges: _____		

Datum Eingabe: (falls abweichend vom Eingang)		<b>- nur vom Pathologischen Institut auszufüllen -</b>					
Datum Eingang		Info Zuschnitt	NK Stempeln	NK Zuschneiden	NK Ausgabe		
Kapseln OT's	Färbung	Makroskopie		Kapselzahl Gesamt: Bemerkungen			
				4800	4815A	19310	19311
				4802	4852	19312	19320
				4815		19315	19321
				4816		01743	19322
		NK Abrechn.					
		NK Arzt					

