

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname und Anschrift des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

# PATHOLOGIE

## INGOLSTADT

Dr. Popp · Prof. Dr. Adam · Prof. Dr. Geißinger · Dr. Nagl  
 Levelingstraße 21  
 85049 Ingolstadt

Tel +49 841 88 555 4 - 0  
 Fax +49 841 88 555 4 - 12  
 info@pathologie-ingolstadt.de

## Untersuchungsantrag Histologie / Zytologie

EILT

Entnahmedatum: \_\_\_\_\_

**Schnellschnitt** (Nativmaterial) Tel.: \_\_\_\_\_

Uhrzeit: \_\_\_\_\_

<input type="radio"/>	<b>ambulant</b> (+ Ü-Schein)
<input type="radio"/>	<b>stationär</b>
<input type="radio"/>	<b>privat</b> Rechnung an Patient
<input type="radio"/>	ambulant
<input type="radio"/>	stationär
<input type="radio"/>	<b>BG</b>

Annahme:		Aufnahme:	
Bemerkung Probeneingang			
Zuschnitt:		Verteiler:	

Einsender:
Vertragsarztstempel / Unterschrift

Untersuchungsmaterial / Lokalisation / klinische Diagnose / Fragestellung:

Nachbestellung I	Nachbestellung II	Nachbestellung III

Dokumentation Kommunikation: (Rückfragen/Durchgaben an Einsender)