

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

# Untersuchungsantrag



Johannes Wesling  
Klinikum Minden

Institut für Pathologie

Prof. Dr. Udo Kellner Tel.: 0571/790 4720

Hans-Nolte Strasse 1 Fax: 0571/790 29 4701

32457 Minden

E-Mail: Pathologie@klinikum-minden.de

Klinik: \_\_\_\_\_ Station: \_\_\_\_\_

Ärztin/Arzt: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Ambulant  Selbstzahler  AO\*

\* Ambulante Operation

**Schnellschnitt**

Färbungen	Abr.	
		Laboraufkleber
		Eingang
		Ausgang

Entnahmetag: \_\_\_\_\_

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Überw. Arztes
--

## Untersuchungsmaterial u./o. Lokalisation

I: \_\_\_\_\_

II: \_\_\_\_\_

III: \_\_\_\_\_

IV: \_\_\_\_\_

V: \_\_\_\_\_

VI: \_\_\_\_\_

VII: \_\_\_\_\_

VIII: \_\_\_\_\_

IX: \_\_\_\_\_

X: \_\_\_\_\_

XI: \_\_\_\_\_

XII: \_\_\_\_\_

XIII: \_\_\_\_\_

Klinische Diagnose(n), Daten (frühere OP, Labor, Rb.-Bef., Zyklusanamnese u.a.):

Makro/Labor