

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

Pathologie & Molekularpathologie Minden  
 Prof. Dr. Udo Kellner  
 Paul-Ehrlich-Strasse 9  
 32429 Minden  
 Tel.: 0571/790-4701  
 Fax: 0571/790-294701  
 E-Mail: pathologie@klinikum-minden.de



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

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

Ambulant  Selbstzahler  AO\*

\* Ambulante Operation

**Schnellschnitt**

Abr.	Laboraufkleber
	Eingang
Färbungen	Ausgang

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Überw. Arztes

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

## 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