Geltungsbereich: **Pathologie**	**Formular** **Untersuchungsantrag Chirurgie**	Klinikverbund Südwest ID-Nummer: D2652

Institut für Pathologie
MVZ Böblingen
Bunsenstr. 120
71032 Böblingen

Dr. med. I. Dostler
Dr. med. P. Rieping
Dr. med. (Univ. Skopje) T. Tashkova Kirkovska
pathologie@klinikverbund-suedwest.de

Telefonnr. 07031 / 668-22588
oder -22597
Faxnr. 07031 / 668-22894

Einsenderadresse

< Anrede >

< Vorname > < Nachname >

< Abteilung >

Station:

< Strasse - Haus-Nr.>

<PLZ> < Ort >

Patientendaten (bitte Patientenaufkleber verwenden, falls zur Hand)

Ambulant ☐ Ü-Schein ☐ Privat
☐ AOP ☐ ASV

Stationär ☐ Kasse ☐ Privat

Anamnese / Fragestellung :

präop. Chemotherapie: **ja** ☐ **nein** ☐

präop. Radiotherapie: **ja** ☐ **nein** ☐

Polypenabtragung _____ cm ab anal

_____

_____

_____

_____

_____

☐ **Schnellschnitt**

Tel.-Nr. für Rückfragen:

Art des übersandten Materials: (bitte ankreuzen)		**Entnahmedatum:**	
☐ Schilddrüse	☐ Gallenblase	☐ Anal/Rektum - SH	☐ Lymphknoten
☐ Leistenbruch/Hernie	☐ App. vermiformis	☐ Dü - Da - Resektat	☐ Ileocökalresektat
☐ Magen	☐ Weichteil – Ex.	☐ Hemicolektomie **re**	☐ Hemicolektomie **li**
☐ Whipple - Resektat	☐ Sigma - Resektat	☐ Rektum/Sigma - Resektat	☐ Rektumamputat
☐ Anderes :			

Ggf. genaue Lokalisation :

Einsendender Arzt / Ärztin: _____ **Datum / Unterschrift:** _____