

Geltungsbereich:  
MVZ Böblingen Pathologie

Formular  
**Untersuchungsantrag HNO**

 **Klinikverbund Südwest**  
ID-Nummer: D5251

Institut für Pathologie  
Telefonnr. 07031 / 668-22588  
MVZ Böblingen

Dr. med. I. Dostler  
Dr. med. P. Rieping

**Einsenderadresse**

**Patientendaten** (bitte Patientenaufkleber verwenden, falls zur Hand)

**Ambulant**  Ü-Schein  ASV  
 AOP  Privat

**Stationär**  Kasse  Privat

**Anamnese / Fragestellung:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Schnellschnitt**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Tel.-Nr. für Rückfragen:**

<b>Art des übersandten Materials:</b> (bitte ankreuzen)		<b>Entnahmedatum:</b>	
<b>Seitenangabe:</b>		<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links
<input type="checkbox"/> Tonsilla palatina	<input type="checkbox"/> Kleine Speicheldrüsen	<input type="checkbox"/> Weichteil ex.	<input type="checkbox"/> Nasenmuschel / Nasengang
<input type="checkbox"/> Parotis	<input type="checkbox"/> Siebbeinhöhle	<input type="checkbox"/> Lymphknoten	<input type="checkbox"/> Rachen / Kehlkopf
<input type="checkbox"/> Adenoide	<input type="checkbox"/> Kieferhöhle	<input type="checkbox"/> Gehörgang	<input type="checkbox"/> Stimmband PE
<input type="checkbox"/> Anderes :			

**Ggf. genaue Lokalisation :** \_\_\_\_\_

**Einsendender Arzt / Ärztin:** \_\_\_\_\_

**Datum / Unterschrift:** \_\_\_\_\_