

Geltungsbereich: <b>MVZ Böblingen Pathologie</b>	<b>Formular</b> <b>Untersuchungsantrag HNO</b>	 ID-Nummer: D5251
<b>Institut für Pathologie</b> <b>MVZ Böblingen</b> Bunsenstr. 120 71032 Böblingen	Dr. med. I. Dostler Dr. med. P. Rieping Dr. med. (Univ. Skopje) T. Tashkova Kirkovska <a href="mailto:pathologie@klinikverbund-suedwest.de">pathologie@klinikverbund-suedwest.de</a>	<b>Telefonnr. 07031 / 668-22588</b> <b>oder -22597</b> <b>Faxnr. 07031 / 668-22894</b>

**Einsenderadresse**

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

  
  
  
  
  
  
  
  
  
  

<b>Ambulant</b>	<input type="checkbox"/> Ü-Schein	<input type="checkbox"/> ASV
	<input type="checkbox"/> AOP	<input type="checkbox"/> Privat

<b>Stationär</b>	<input type="checkbox"/> Kasse	<input type="checkbox"/> Privat
------------------	--------------------------------	---------------------------------

**Anamnese / Fragestellung:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Schnellschnitt**

  
  
  
  
  
  
  
  
  
  

**Tel.-Nr. für Rückfragen:**

<b>Art des übersandten Materials:</b> <small>(bitte ankreuzen)</small>	<b>Entnahmedatum:</b>		
<b>Seitenangabe:</b>	<input type="checkbox"/> rechts <span style="margin-left: 200px;"><input type="checkbox"/> links</span>		
<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:** \_\_\_\_\_