


Geltungsbereich: Pathologie	Formular Untersuchungsantrag Chirurgie	 ID-Nummer: D2652
---------------------------------------	---	--

Institut für Pathologie MVZ Böblingen Bunsenstr. 120 71032 Böblingen	Dr. med. I. Dostler Dr. med. (Univ. Skopje) T. Tashkova Kirkovska E. Gins A. Pogrebniak	Telefonnr. 07031 / 668-22588 oder -22597 Faxnr. 07031 / 668-22894 pathologie@klinikverbund-suedwest.de
---	--	--

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:	
<input type="checkbox"/> Schilddrüse	<input type="checkbox"/> Gallenblase	<input type="checkbox"/> Anal/Rektum - SH	<input type="checkbox"/> Lymphknoten
<input type="checkbox"/> Leistenbruch/Hernie	<input type="checkbox"/> App. vermiformis	<input type="checkbox"/> Dü - Da - Resektat	<input type="checkbox"/> Ileocökalresektat
<input type="checkbox"/> Magen	<input type="checkbox"/> Weichteil – Ex.	<input type="checkbox"/> Hemicolektomie re	<input type="checkbox"/> Hemicolektomie li
<input type="checkbox"/> Whipple - Resektat	<input type="checkbox"/> Sigma - Resektat	<input type="checkbox"/> Rektum/Sigma - Resektat	<input type="checkbox"/> Rektumamputat
<input type="checkbox"/> Anderes :			

Ggf. genaue Lokalisation :

Einsendender Arzt / Ärztin: _____

Datum / Unterschrift: _____