

<b>AOK</b>	<b>LKK</b>	<b>BKK</b>	<b>IKK</b>	<b>VdAK</b>	<b>AEV</b>	<b>Knappschaft</b>
Name, Vorname des Versicherten						
geb. am						
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.			Status		
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis		Datum			

E-DAT.:

E.-NR.

**Dr. R. Steinbeck, Ph. D.  
Dr. U. Pauser und Kollegen**

Überörtliche GMP Pathologie,  
Zytologie, Molekularpathologie  
24937 Flensburg, Stuhlsallee 29  
Tel. 0461/ 50552-10, Fax - 20  
24106 Kiel, Am Tannenber 85 a  
Tel. 0431 / 38901-10, Fax - 18

www.pathologie-sh.de  
info@pathologie-sh.de

**Untersuchungsantrag**

**Histologie / Zytologie**

**Diagnose / Anamnese** .....

.....  
.....  
.....  
.....

**Histologische Voruntersuchung U.-Nr.** .....

.....  
.....

**Material / Lokalisation** .....

.....  
.....  
.....  
.....

**Klinische Fragestellung** .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Arztstempel

Datum und Unterschrift