

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name des Versicherten/Versorgungsberechtigten				Vorname		geb. am
Ehegatte/Kind/Sonst. Angeh.				Vorname		geb. am
Arbeitgeber/Dienststelle/Rentner/BVG/Freiw			Mitgl.-Nr.	Krankenschein-Nr.		
Wohnung des Patienten						

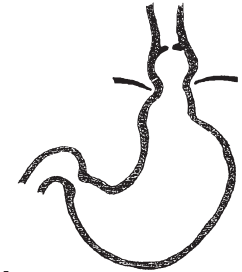
E-DAT.:

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 Tannenbergr 85 a
 Tel. 0431 / 38901-10, Fax - 18

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



Untersuchungsantrag

Histologie/Zytologie

Klin. Diagnose /Vorbefund

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Material/Lokalisation

.....

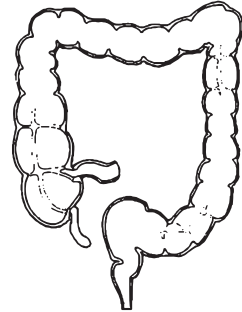
.....

.....

.....

.....

.....



Klinische Fragestellung

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Arztstempel

Datum und Unterschrift