

# Antrag auf histopathologische Begutachtung

Institut für Pathologie des  
Evangelischen Krankenhauses Oberhausen GmbH  
Leitung: Priv.-Doz. Dr. med. A. M. Gassel  
Virchowstraße 20 · 46047 Oberhausen · Tel. 0208 881-3150

Akkreditiert nach DIN EN ISO/IEC 17020:2012



AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
						geb. am
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.		Status		
Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis		Datum		
Amb. <input type="checkbox"/>	Wahleistung		ja <input type="checkbox"/>	Überweisungsschein		
Stat. <input type="checkbox"/>			nein <input type="checkbox"/>	bitte beifügen.		

Einsender:

## Befundkopie an:

## Klinische Angaben / Fragestellung:

## Ausschabungen / Hysterektomien:

Regelanamnese, Zyklusdauer: \_\_\_\_\_

Letzte Periode: \_\_\_\_\_

Hormontherapie/ Kontrazeption: \_\_\_\_\_

## Zentrumspatient:

- Darmzentrum
- Pankreaszentrum
- Prostatazentrum
- gyn. Krebszentrum
- Thoraxzentrum
- Endoprothetikzentrum

## Eingesandtes Material:

(Art/Entnahmestelle)

1. _____	6. _____
2. _____	7. _____
3. _____	8. _____
4. _____	9. _____
5. _____	10. _____

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des einsendenden Arztes/Operateurs \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Wird vom Institut für Pathologie ausgefüllt!		Anzahl / Leistung	
___ HE; PAS	___ HE; AB-PAS; Entk.	___ HE; PAS; EG	___ ZB
___ HE; PAS; Gie (HP)	___ HE; Fe; vG	___ HE; PAS; Fe; EG	___ Entk./EDTA
___ HE; AB-PAS; Gie (HP)	___ HE; PAS; Gom.; Fe	___ BK	ZU: _____
___ Stufen; AB-PAS	___ Stufen; PAS	___ HE; PAP	
___ HE; vG/EG	___ HE; AB-PAS; EG	___ ZB; PAS	