

Antrag auf Schnellschnitt-Untersuchung

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"/>	Wahlleistung ja <input type="checkbox"/>		Überweisungsschein bitte beifügen.			
Stat. <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>					

Einsender:

Befundkopie an:

Klinische Angaben / Fragestellung:

Ausschabungen / Hysterektomien:

Regelanamnese, Zyklusdauer _____

Letzte Periode: _____

Hormontherapie/ Kontrazeption: _____

Zentrumspatient:

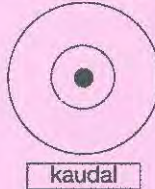
- Darmzentrum
- Pankreaszentrum
- Prostatazentrum
- gyn. Krebszentrum
- Thoraxzentrum
- Endoprothetikzentrum

Topographische Markierungen:

- Standard
- Abweichend

Rechts kranial

lateral



medial

Links kranial

medial



lateral

Lokalisation Mamma:
bitte einzeichnen!

- externer Vorbefund
- mehrherdiger Befund
- IORT

Eingesandtes Material:

(Art/Entnahmestelle)

1. _____

3. _____

2. _____

4. _____

Durchsage erbeten an:

Telefon _____

Datum _____

Unterschrift des einsendenden Arztes/Operators _____

Wird vom Institut für Pathologie ausgefüllt!

Übergabe von (Name) _____ um _____ Uhr

Abgabe aus Labor _____ Uhr

Anzahl OT: _____

Tel. Durchsage um _____ Uhr

an: _____

ZU:

Diagnose: _____