

Patientendaten

Institut für Pathologie und Zytologie

Diesen Bereich bitte nicht beschriften

Auftrag zur pathologischen Untersuchung: ☐ Kopie an

Einsender:

Krankenhaus _____

Station _____ Aufnahme Nr. _____

Aufnahme-Datum _____

Einsende-Datum _____

☐ Einsender

☐ Patient

☐ Kasse (Bitte Überweisungsschein)

☐ Histologie

☐ Zytologie

☐ Eilt

☐ Schnellschnitt

☐ präventive Coloskopie

☐ Abklärungskoloskopie

Krankheitsverlauf, klinische Diagnose und Fragestellung:

Lokalisationsangaben:

Unterschrift und Stempel

Rev. 01/24



Institut für
Pathologie und Zytologie
www.pathologie-zytologie.de

Dr. med. J. de Jonge
PD Dr. med. O. Bettendorf
A. Thurn

48465 **Schüttorf** • Technikerstraße 14
Fon 05923/9887777 • Fax 05923/9887717
BsNr.: 13 01 000 00

26789 **Leer** • Bergmannstraße 42
Fon 0491/989930 • Fax 0491/9899320
BsNr.: 06 47 63 600

DIN EN ISO 9001:2015