

## 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

Abklärungskolposkopie

Krankheitsverlauf, klinische Diagnose und Fragestellung:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Lokalisationsangaben:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel

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  
Zertifikat: 01 100 1400542

[www.pathologie-zytologie.de](http://www.pathologie-zytologie.de)