AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status

Vertragsarzt-Nr. | VK gültig bis | Datum

DAkkS Deutsche Akkreditierungsstelle D-IS-14427-01-00

Institut für PATHOLOGIE am St. Elisabeth-Krankenhaus

PD Dr. med. S. Eidt, Dr. med. R. Hake
Ärzte für Pathologie, Gemeinschaftspraxis

Werthmannstraße 1
50935 Köln

Telefon (0221) 4677-19 01
Telefax (0221) 4677-19 08
E-Mail info@patho-koeln.de
Internet www.patho-koeln.de

Antrag auf pathologisch-anatomische und mikroskopische Untersuchung

○ ambulant
oder
○ stationär

○ **Privatpatient** →
- ○ KVB
- ○ Post-B
- ○ BG
- ○ Knappschaft
- ○ Sonstige

○ **Kassenpatient** → ○ ambulant / Ü-Schein liegt bei

Einsenderstempel

Aufnahme-Nr. :

Geschlecht: ○ M ○ W

☐ **Schnellschnitt** ☐ **Eilt!** **Telefon:** ..... **Fax:** .....

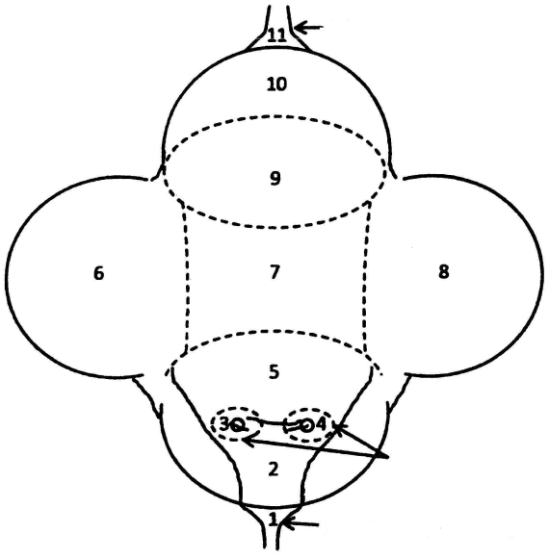
Eingesandtes Material (Art / Entnahmestelle):

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Anamnese, klinische Befunde und Fragestellung:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

○ **rechts** ○ **links**



1. Blasenhals (posterior) 2. Trigonum 3. Rechtes Ostium 4. Linkes Ostium
5. Blasenboden 6. Rechte Seitenwand 7. Blasenhinterwand 8. Linke Seitenwand
9. Blasendach 10. Blasenvorderwand 11. Blasenhals (anterior)

Klinische Stadieneinteilung:		
T	N	M

.....
Datum Unterschrift des Arztes