

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
geb. am						
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.			Status		
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis		Datum			



**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 →

Kassenpatient →

KVB  
 Post-B  
 BG  
 Knappschaft  
 Sonstige

Einsenderstempel

**Aufnahme-Nr. :** \_\_\_\_\_ **Geschlecht:**  M  W

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

Eingesandtes Material (Art / Entnahmestelle):

Anamnese, klinische Befunde und Fragestellung:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
Datum    Unterschrift des Arztes