

01/18

Krankenkasse

Name, Vorname des Versicherten _____ geb. am _____

Anschrift: _____

Begutachtungsauftrag - Cytologische Untersuchung
Cytologisches Institut Dr. med. T. TOPALIDIS
 Brabeckstraße 97 · 30539 Hannover Tel. +49(0) 5 11- 89 88 12 0
 Internet: www.cyto.de · E-mail: info@cyto.de Fax +49(0) 5 11- 89 88 12 10

Befundübermittlung per: Telefon
 Eilt (wird vorgezogen) Fax
 Eilt sehr! (Befundung am Eingangstag) E-mail

Auftrag durch:
 Klinik/Kassenarzt

Bitte freilassen
 E-Nr.: _____

Stempel des Einsenders

Datum _____ Unterschrift des beauftragenden Arztes _____

Stationär **Privat** **Ambulant**

Bitte unbedingt ankreuzen!
Bei Kassenpatienten bitte Überweisungsschein beifügen!

Frühere Unters. nein ja, U-Nr.:

Diagnosen: _____

Material / Organ / genaue Lokalisation / Technik **Klinik / Diagnosen / Tumorgöße / Fragestellung**
 Nr. (Bitte Material zur besseren Zuordnung nummerieren)

<p>1 _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
---	--

Cytochemie

AP	SP	PAS	AlcBI	Muci	Gram
Leu	Fett	UE	Fe	POX	MP
PCR	_____				

IC-/MOL-Nr.: _____

IC: _____

Vorläufiger Befund:

Bitte freilassen!

Befund:

Bitte freilassen!

Pr.-Nr.			
AP			
SP			
PAS			
UE			
Leu			
AlcBl			
Fe			
MP			
Fett			
Gram			
Muci			
Dopa			
POX			

Bitte freilassen!

