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 .....

☐ **Stationär** ☐ **Privat** ☐ **Ambulant**

Bitte unbedingt ankreuzen!

Bei Kassenpatienten bitte Überweisungsschein beifügen!

Frühere Unters. ☐ nein ☐ ja, U-Nr.: .....

Diagnosen: .....

.....

.....

Auftrag durch:

Klinik/Kassenarzt .....

Stempel des Einsenders

.....

Datum **Unterschrift des beauftragenden Arztes**

Bitte freilassen

E-Nr.:

Material / Organ / genaue Lokalisation / Technik

Nr. (Bitte Material zur besseren Zuordnung nummerieren)

1 .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Klinik / Diagnosen / Tumorgröße / Fragestellung

.....

.....

.....

Cytochemie AP SP PAS AlcBl Muci Gram Leu Fett UE Fe POX MP Dopa PCR .....

IC-/MOL-Nr.:

IC: .....

.....

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

Bitte freilassen!

Bitte freilassen!

Befund:

Bitte freilassen!

Vorläufiger Befund: