

Krankenkasse

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Anschrift:

Frühere Unters. ☐ nein ☐ ja, U-Nr.:

Diagnosen:



IGEL Auftrag

☐ Urin-Cytologie ☐ Telefon ☐ Fax ☐ E-mail

☐ Sputum-Cytologie ☐ E-mail

☐ Gyn-Cytologie

Befundübermittlung per:

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 AlcBI Muci Gram

Leu Fett UE Fe POX MP Dopa

PCR

IC:

IC-/MOL-Nr.:

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

Bitte freilassen!

Bitte freilassen!

Befund:

Vorläufiger Befund:

Bitte freilassen!