



MVZ Labor Leipzig
 Dr. Reising-Ackermann und Kollegen
 Fachbereich Pathologie
 Strümpellstraße 42 | 04289 Leipzig
 Tel.: 0341 6565-600
 E-Mail: pathologie@labor-leipzig.de

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Begutachtungsauftrag für Histologie / Zytologie – Allgemein

Schnellschnitt CITO-Befund Befund per Fax

Tel.: _____ Fax: _____

Laborbarcode

ambulant privat stationär

Histo-Nr.: _____

Eingangsdatum _____

Annahme _____

Erfassen _____

Zuschnitt _____

Befunder _____

Rest _____

Ausgangsdatum _____

Von Pathologie auszufüllen!

Zuschnitt / Färbungen:

Immun + Zusatzfärbung:

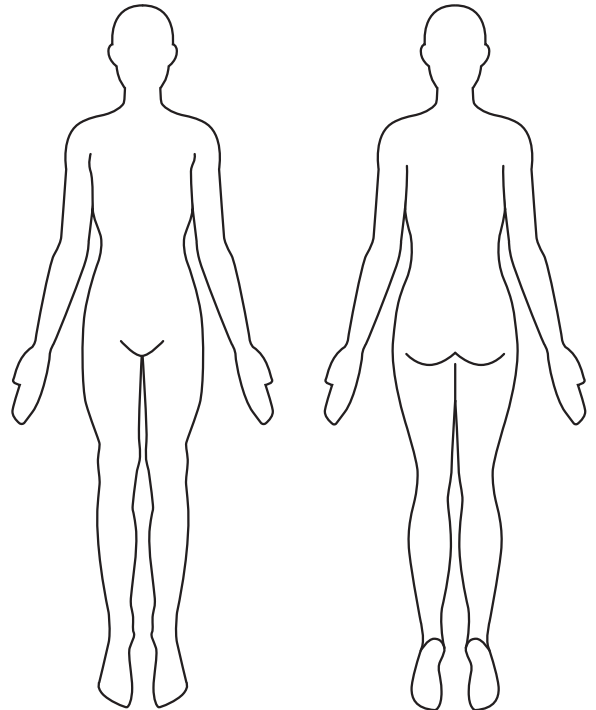
Sonstiges:

Makrotext:

Material (Art, Entnahmen etc.) / Fragestellung / Bemerkung:

- I. _____
- II. _____
- III. _____
- IV. _____
- V. _____
- VI. _____
- VII. _____

Klinische Diagnose / Vorerkrankungen / Laborwerte:



Vorherige Untersuchung: auswärts bei uns Histo-Nr. _____

Befundkopie an: _____

Arztstempel / Unterschrift

Datum/Zeit der Entnahme:

Anfordernder Arzt:

Telefon:



0059092900