

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

Antrag auf pathologische Begutachtung

(mit Einverständnis des Patienten)

Zentrum für Pathologie Allgäu (ZfPA)
Medizinisches Versorgungszentrum am Klinikum Kempten
PD Dr. med. Konrad Aumann und KollegInnen
 Postfach 2122, 87411 Kempten Tel. 08 31 / 5 12 99-0
 Robert-Weixler-Str. 48, 87439 Kempten Fax 08 31 / 5 12 99-60
 E-Mail: pathologie-info@klinikverbund-allgaeu.de
 www.patho-kempten.de
Zertifiziert nach DIN EN ISO 9001:2015

Dieser Anforderungsbogen ersetzt nicht den Überweisungsschein bei Kassenpatienten.

Ambulant Privat Stationär

Klinische Befunde / Klinische Diagnose / Operationsindikation:

Untersuchungsmaterial:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____

Bei Tumoroperationen:

Präoperative Radio- / Chemotherapie? nein ja Art? _____

Voroperation? nein ja Wann? / Wo? _____

Makroskopisch Tumorgewebe zurückgelassen? nein ja Wo? _____

Fernmetastasen? nein ja Wo? _____

Fragestellung:

00	02	15	15C	52	310	312	319	320

Aus	Ein	Zu	Bei	()	St	P	AP	G	E	FE	Sonst

Stempel Arzt / Klinik

Unterschrift