									Antrag auf pathologische Begutachtung (mit Einverständnis des Patienten)								
Name, Vorname des Versicherten geb. am								Zentrum für Pathologie Allgäu (ZfPA) Medizinisches Versorgungszentrum am Klinikum Kempten PD Dr. med. Konrad Aumann und KollegInnen Postfach 2122, 87411 Kempten Robert-Weixler-Str. 48, 87439 Kempten Fax 0831/51299-60									
Kassen-Nr. Versicherten-Nr.					tus			E-Mail: pathologie-info@klinikverbund-allgaeu.de www.patho-kempten.de									
Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr.					um		$\dashv$	Zertifiziert nach DIN EN ISO 9001:2015									
								0 /	Ambular	nt		O Pr	ivat		○ Stationär		
Vorbefund Klinische Ver		nose:			Unte	rsuc	nung	sgu	:								
Befundkopie			Benachrichtigung: Telefon:							/Fax:							
00	02	15	1	5C	52		310		312		319		320		Stempel Arzt / Klinik		
Aus	Ein	l Zı			l Bei		St	P	AP	G	E	FE	Sonst	_ _			

Unterschrift

Patholog. Antrag\_07-08/2021