

Name, Vorname des Versicherten			geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	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. 0831 530-2180  
 Robert-Weixler-Str. 48, 87439 Kempten      Fax 0831 530-2170

E-Mail: pathologie-info@klinikverbund-allgaeu.de  
 www.patho-kempten.de

**Zertifiziert nach DIN EN ISO 9001:2015**

Ambulant       Privat       Stationär

**Vorbefund - Nr.:**

**Untersuchungsgut:**

Klinische Verdachtsdiagnose:

**Befundkopien:**

**Benachrichtigung: Telefon:**

**/ Fax:**

00	02	15	15C	52	310	312	319	320

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

Stempel Arzt / Klinik

Unterschrift