

Antrag auf pathologische Begutachtung

(mit Einverständnis des Patienten)

Name, Vorname des Versicherten			geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	

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
Telefon 0831 530-2180 | Fax 0831 530-2170
pathologie-info@klinikverbund-allgaeu.de
www.patho-kempten.de



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