

| | | | | | | | | |
|--------------------------------|-----|-----|------------------|------|-----|-------------|--------|---------------|
| 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 | 319 | 312 | 320 | | | |
| Aus | Ein | Zu | Bei | () | St | P | AP | G | E | FE | Sonst |

Stempel Arzt / Klinik

Unterschrift