

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft	Privat	Re. an K-Haus
Name, Vorname des Versicherten <span style="float: right;">geb. am</span>								
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. 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**

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