

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) Med. Versorgungszentrum am Klinikum Kempten

PD Dr. med. Konrad Aumann und KollegInnen

Postfach 2122, 87411 Kempten  
Robert-Weixler-Str. 48, 87439 Kempten  
Tel. 0831 530-2180 | Fax 530-2170

pathologie-info@klinikverbund-allgaeu.de  
www.patho-kempten.de



Dieser Anforderungsbogen ersetzt nicht den Überweisungsschein bei Kassenpatienten.

Ambulant     Privat     Stationär

### Klinische Befunde / Klinische Diagnose / Operationsindikation:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### Untersuchungsgut:

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