



Untersuchungsauftrag Mammopathologie

Histologie / Zytologie / Molekularpathologie

Befundabfrage:
Telefon 040 7410-59361
Telefax 040 7410-54961
patho@uke.de

Einsender:

Adresse:

Ärztin / Arzt:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

**Wichtig für
Rückfragen!**

Patientendaten / Aufkleber:

Station _____
Name _____ Vorname _____
Straße _____
PLZ _____ Ort _____
Geburtsdatum _____ Versicherung _____

Versichertenstatus

- GKV (Kasse) PKV (privat)
 private Zusatzvers. Wahlleistung

Zusatzversicherung
 ambulant stationär

Eingesandtes Material:

- Schnellschnitt cito

Entnahmedatum: _____

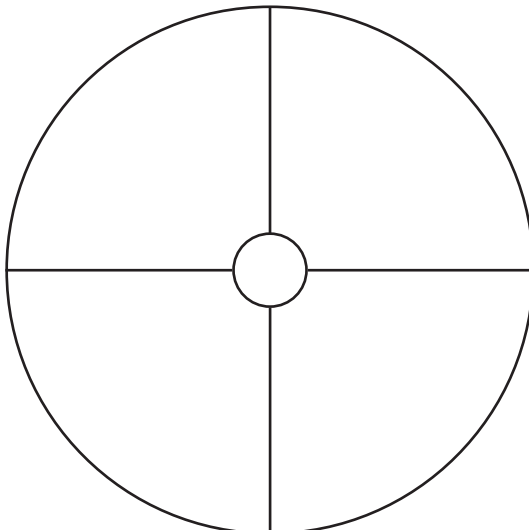
Anzahl Präparate: _____

Ärztin / Arzt: _____

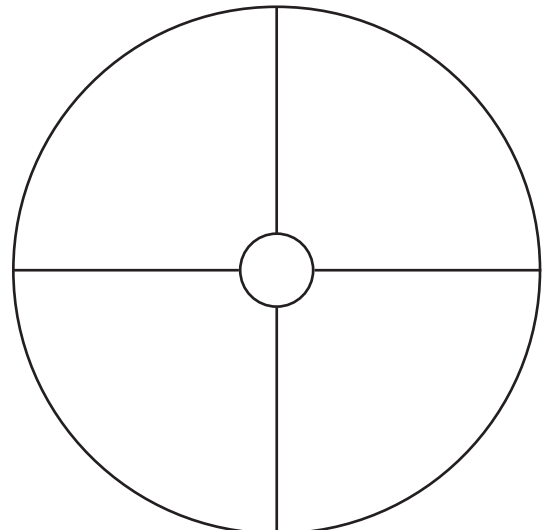
Unterschrift

Diagnose:

Vorbefund:



rechts



links