

Name		geb.
Adresse		

**GERHARD-SEIFERT-REFERENZZENTRUM**

PROF. DR. W. BÖCKER  
 PROF. DR. H. HERBST  
 DR. T. JÄKEL  
 PROF. DR. TH. LÖNING

ZUSAMMEN MIT

**HANSEPATHNET**

PROF. DR. K. TIEMANN  
 PROF. DR. B.M. HELMKE  
 DR. C. KÜHLER-OBARIUS  
 DRES. M. & U. REUSCH & V. MIELKE  
 PROF. DR. J. BULLERDIEK

PAPENREYE 23  
 22453 HAMBURG  
 TEL 040 / 7070 85 100  
 FAX 040 / 7070 85 110

[WWW.HANSEPATHNET.DE](http://WWW.HANSEPATHNET.DE)  
[LOENING@HANSEPATHNET.DE](mailto:LOENING@HANSEPATHNET.DE)

- Privat  Stationär  Ambulant   
 KVB I-III  KVB IV  Post B

Sonstiger Kostenträger:

Datum/Uhrzeit der Entnahme

## Histologie/Zytologie Untersuchungsauftrag

Art des Materials/Lokalisation: \_\_\_\_\_

Einsender:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Klinische Fragestellung:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Verdachtsdiagnose**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Station:

Voruntersuchung:   
E.-Nr. oder Datum:

**Klinische Befunde**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Versandgefäße benötigt**  
 **2 kg Plastikdosen**  
 **1 kg**  
 **0,5 kg**

- Einsendescheine benötigt**       **Versandbeutel**

Telefon

Stempel/Unterschrift des Arztes