

ANWEISUNG ZUR ALLGEMEINEN ZYTOLOGISCHEN UNTERSUCHUNG			
Patient: Familienname Vorname (in Blockschrift)			
Geburtsname:		Geburtsdatum:	Vers.Nr.:
PLZ:	Wohnort:		Straße:
Gegenstand und Organlokalisation			männl. <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> <hr/> stat. <input type="checkbox"/> amb. <input type="checkbox"/> <hr/>
Anamnese, Diagnose, jetzige Operation, Fragestellung			Histo-Cyto Vorbefunde
Einsender:			
_____ Name/Stempel des zuständigen Arztes			Datum _____ Tel.. _____
HINWEIS: Nur eine vollständig und gut leserlich ausgefüllte Anweisung ermöglicht eine rasche Befundausfolgung! Bei Fehlen eines Überweisungsscheines muß dem Patienten der Selbstzahlertarif verrechnet werden!			
OC:	DC:	ICD:	SF :
			TR:
			IZ:
			ZZB:
Bitte nicht ausfüllen! Dient zur institutseigenen Leistungserfassung.			