

<p><b><u>DRES. TIEMANN &amp; FEYERABEND</u></b>  <b><u>PARTNERSCHAFT</u></b>  <b><u>ÄRZTE FÜR PATHOLOGIE</u></b></p> <p>FANGDIECKSTR. 75A  22547 HAMBURG</p> <p>TEL 040 / 87 87 886 40  FAX 040 / 87 87 886 50  EMAIL INFO@PATHOLOGIE-HH.DE</p>	<p>IN KOOPERATION MIT</p>	<p><b><u>ALBERTINEN PATHOLOGIE HAMBURG</u></b>  <b><u>PROF. DR. TH. LÖNING</u></b></p> <p>FANGDIECKSTR. 75A  22547 HAMBURG</p> <p>TEL 040 / 87 87 886 40  FAX 040 / 87 87 886 50  EMAIL INFO@ALBERTINENPATHOLOGIE.DE</p>
---	---------------------------	--

Name		geb.
Adresse		

- 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:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Station:**

**Verdachtsdiagnose**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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