MVZ HANSE HISTOLOGIKUM GMBH
INSTITUT FÜR PATHOLOGIE

FANGDIECKSTR. 75A
22547 HAMBURG

TEL 040 / 7070 85 100
FAX 040 / 7070 85 101
EMAIL INFO@PATHOLOGIE-HH.DE

DR. MED. B. FEYERABEND
FACHARZT FÜR PATHOLOGIE
ÄRZTLICHE LEITUNG

HON. PROF. DR. MED. K. TIEMANN
FACHÄRZTIN FÜR PATHOLOGIE
GESCHÄFTSFÜHRERIN

Name	**geb.**
Adresse	

Versicherungsart: **gesetzlich** ☐ **privat** ☐ **Wahlarzt**: **ja** ☐ **nein** ☐

Aufenthalt: **ambulant** ☐ **stationär** ☐ **Privattarif**: **Normal** ☐ **Standard** ☐ **Basis** ☐

Datum/Uhrzeit Entnahme: _____

Histologie/Zytologie Untersuchungsauftrag

Einsender:

Art des Materials/Lokalisation:

Station:

(Verdachts-) Diagnose/Klinische Befunde/Fragestellung:

Voruntersuchung/ E.-Nr. oder Datum: ☐

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

Einsendescheine benötigt ☐
Versandbeutel benötigt ☐

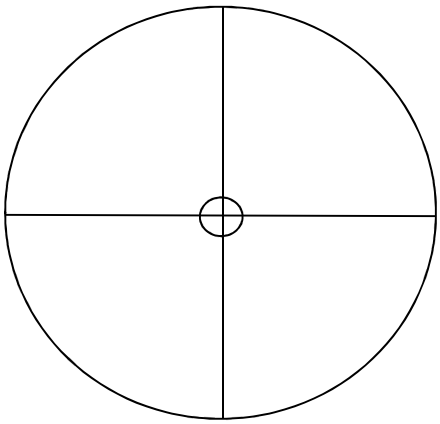
Falls weiterführende Untersuchungen erwünscht (z. B. Molekularpathologie), bitte spezifizieren:

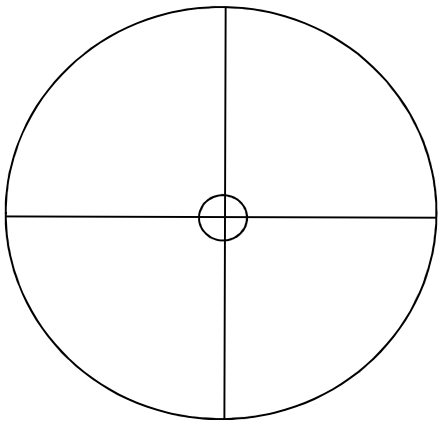
Telefon

Stempel/Unterschrift des Arztes

Segmentresektion

R ☐ **L** ☐





Markierung

medial:	kranial:	mamillär:	ventral:
lateral:	kaudal:	peripher:	dorsal:

Mamille: _____

Abladat

R ☐ **L** ☐

