


ZUSATZANFORDERUNG

An: Prof. Dr. med. K. W. Schmid Institut für Pathologie Universitätsklinikum Essen Hufelandstr. 55 45147 Essen	 Universitätsmedizin Essen	Telefon: 0201/ 723 2890 Fax: 0201/ 723 5926 Befundauskunft: 0201/723 3311 E-Mail: Pathologieukessen@uk-essen.de
--	--	--

Bitte per Fax an 0201 723 5926

 Patientenaufkleber
Name, Vorname _____
Adresse _____
Geburtsdatum _____

Fallnummer Pathologie _____

Klinik (Stempel)
Name (Druckbuchstaben)
Unterschrift
Telefon
Datum

Versicherungsstatus
<input type="checkbox"/> Stationär <input type="checkbox"/> KV (Eingeschränkte Ermächtigung)
<input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> §116b / ASV

Organ: _____
Tumor/Diagnose: _____
Fragestellung: _____

<input type="checkbox"/> Immunhistochemische Zusatzanforderung
<input type="checkbox"/> Molekularpathologische Zusatzanforderung
<input type="checkbox"/> Referenzpathologische Untersuchung, zwecks
<input type="checkbox"/> Studieneinschluss
<input type="checkbox"/> Zweitmeinung
<input type="checkbox"/> Untersuchung von extern angefordertem Material (Befundkopie des auswärtigen histologischen Befundes beifügen)
<input type="checkbox"/> Sonstiges
.....