

Krankenkasse bzw Kostenträger	<h2 style="margin: 0;">PATHOLOGISCH-ANATOMISCHER UNTERSUCHUNGS-AUFTRAG</h2> <p style="margin: 0;"><b>an die Medizinische Hochschule Hannover</b>  <b>Prof. Dr. H. H. Kreipe - Institut für Pathologie</b>                  Postfach: 610140 30601 Hannover      Tel.: 0511/532-4580                  e-Mail: pathobefundauskunft@mh-hannover.de      Fax: 0511/532-5799</p>
Name, Vorname des Versicherten <span style="float: right;">geb. am</span>	

Kassen-Nr      Versicherten-Nr      Status	zuständiger Arzt  Telefon  Befund an Fax  Datum <span style="float: right;">Unterschrift</span>
Betriebsstätten-Nr.      Arzt-Nr      Datum	
Anschrift (bei Privat-Patienten)	

**stationär**    **ambulant**  (Überweisung)      **Regelleistung**    **Wahlleistung Arzt**

**Art / Lokalisation des Untersuchungsgutes:**

Vertragsarztstempel Einsender

**Klinische Angaben und Fragestellung:**

**Routinehistologie**

**Routinezytologie**

---

**Schnellschnitt**   
(intraoperativ, 30 min Bearbeitung)

**Schnellzytologie**   
(30 min Bearbeitung)

**Schnelleinbettung**   
(Stanzbiopsien, 4 Std Bearbeitung)

---

**Telefon für Rückruf**

**Voruntersuchungen**  **nein**    **ja:**

**Diesen Abschnitt bitte freilassen für die Pathologie**