

Patientenname
Vorname
Geb.-Datum
Anschrift
Kostenträger

Eingangsnummer
Eingangsdatum

Ambulant	<input type="checkbox"/>
-----------------	--------------------------

Stationär	<input type="checkbox"/>
------------------	--------------------------

Privat	<input type="checkbox"/>
---------------	--------------------------

Absenderstempel

**Untersuchungsauftrag an
Institut für Pathologie am Ev. Waldkrankenhaus**

Gemeinschaftspraxis	Stadtrandstr. 555
Dr. med. Claus Minck	13589 Berlin
Dr. med. Susanne Reyher-Klein	Tel.: 030/374 990 120
Dr. med. Wolfgang Haedicke	Fax: 030/37 02 22 62
Prof. Dr. med. Heinz Pickartz (Referenzpathologe)	E-Mail: info@ifp-spandau.de

--

Art des Untersuchungsmaterials:

Vorausgegangene Untersuchungen: (E-Nr. , V-Nr)

Anamnestic Angaben:

Klinische (Verdachts-)Diagnose:

Fragen:

Bei uterinen Abrasionen

Hormonmedikation

Art: _____

Wann zuletzt? _____

Letzte Regel: _____

Menopause seit: _____

Datum

Name/Unterschrift