


**Institut für Pathologie**

 Chemnitzstr. 33  
24116 Kiel

 Tel. 0431 / 1697-2101  
Fax. 0431 / 1697-2102

Kasse, Name und Vorname, Geb.-Datum, Adresse

- |  |                                    |  |  |
|--|------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> männlich          | <input type="checkbox"/> ambulant  | <input type="checkbox"/> AOP           | <input type="checkbox"/> Vorsorgeuntersuchung      |
| <input type="checkbox"/> weiblich          | <input type="checkbox"/> stationär | <input type="checkbox"/> Privatpatient | <input type="checkbox"/> Versandmaterial gewünscht |
| <input type="checkbox"/> Nachrichtlich an: |                                    |  |  |

**Laborvermerke:**

Zuschn. Ass.	Zuschn. Arzt
--------------	--------------

Anz. Blöcke:

S-färbg.:

Entkalkung:

 Restmaterial:  ja  nein

Makroskopie / Blöcke:

 s. Rückseite  s. Extrablatt

Auspacken

Nr.-Verg./Stempeln

Einkapseln

Dateneingabe

Ausgießen

Schneiden

Zytologie

Sortieren/Endkontr.

## Untersuchungsauftrag

Angaben zu Untersuchungsmaterial und klinischen Befunden:

Einsender (Stempel)

Datum, Unterschrift