

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		Geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
BSNR	LANR	Datum

# Zentrum für Histologie, Zytologie und Molekularpathologie Wiesbaden

Prof. Dr. med. Mark Kriegsmann  
 PD Dr. med. Christoph Renné  
 PD Dr. med. Klaus Willenbrock  
 Dr. med. Sonja Stallmann  
 Dr. med. Susann Trouet  
 Dr. med. Britta Walter  
\*angestellte Ärztinnen

Gemeinschaftspraxis Pathologie  
 Ludwig-Erhard-Str. 100  
 65199 Wiesbaden  
 Tel.: 0611 424010  
 Fax: 0611 429830  
 info@wiesbaden-patho.de  
 www.wiesbaden-patho.de

- KV       Stationär       Privat  
 ASV       AOP 88115       Vorsorge



Interner Barcode

Einsenderin/Einsender (Kassenarztstempel)

## Untersuchungsauftrag

### Gynäkologie

EILT

### Klinische Angaben (Material, Verdachtsdiagnose und Fragestellung)

Nr.	Material		Fragestellung	
_____	Zervixabradat	_____	Adnexe R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/>	Polyp <input type="checkbox"/>
_____	Korpusabradat	_____	Adnexe R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/>	Hyperplasie <input type="checkbox"/>
_____	Abort	_____	Tube R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/>	Endometritis/Kinderwunsch <input type="checkbox"/>
_____	Abruptio graviditatis	_____	Tube R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/>	Plazentarestes <input type="checkbox"/>
_____	Portio PE bei _____ Uhr	_____	Uterus supraz. <input type="checkbox"/>	Sterilisation <input type="checkbox"/>
_____	Portio PE bei _____ Uhr	_____	Periton. R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/>	Leiomyom <input type="checkbox"/>
_____	Portio PE bei _____ Uhr			Endometriose <input type="checkbox"/>
_____	Portio PE bei _____ Uhr			Tumordiagnostik <input type="checkbox"/>
_____	Portiokonus			
_____	Nachresektat _____			
_____	Nachresektat _____			
_____	Nachresektat _____			
_____	Vulva _____			
_____	Vagina _____			

Weitere Angaben:

Datum, Unterschrift Nachrichtlich an: