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

☐ KV ☐ Stationär ☐ Privat
☐ ASV ☐ AOP 88115 ☐ Vorsorge

Einsenderin/Einsender (Kassenarztstempel)

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

ilac-MRA DAkkS Deutsche Akkreditierungsstelle D-IS-14575-01-00

Interner Barcode

Untersuchungsauftrag

Prostatastanzen EILT ☐

Klinische Angaben (Material, Verdachtsdiagnose und Fragestellung)

1.: Rechts basal lateral	13.:
2.: Rechts basal medial	14.:
3.: Rechts medio lateral	15.:
4.: Rechts medio medial	16.:
5.: Rechts apikal lateral	17.:
6.: Rechts apikal medial	18.:
7.: Links basal lateral	19.:
8.: Links basal medial	20.:
9.: Links medio lateral	21.:
10.: Links medio medial	22.:
11.: Links apikal lateral	23.:
12.: Links apikal medial	24.:

Klinische Angaben:

PSA:

Datum, Unterschrift

Nachrichtlich an: