

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	TK	Knappschaft
Name, Vorname des/der Versicherten							geboren am
							Geschlecht <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> D
Kassennummer		Versichertennummer		Status			
Vertragsarzt			VK gültig bis		Datum		

Untersuchungsantrag zur Allgemeinen Pathologie



**Institut für Dermatohistologie
Pathologie Molekularpathologie**
Dr. Helmut Laaff

Sasbacher Straße 10
79111 Freiburg
Telefon +49 (0) 761 120360 oder +49 (0) 761 7699690
Telefax +49 (0) 761 1203615
E-Mail info@labor-laaff.de
Website www.labor-laaff.de

Dr. Helmut Laaff
Dr. Astrid Kersten
Prof. Dr. Annette Schmitt-Gräff
Dr. Andrea Schmitt
Dr. Barbara Wittmeier
Dr. Jörn Coldewey
Paul Czech
Dr. Annette May

Zutreffendes unbedingt ankreuzen!			<input type="checkbox"/> Befund eilt!
KVB I – II	Post B	BG	<input type="checkbox"/> Sternenkind
Stempel der/des einsendenden Ärztin/Arztes			<input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> Überweisung beigefügt <input type="checkbox"/> gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> privat versichert

Abteilung

- Gynäkologie
- Orthopädie und Unfallchirurgie
- Viszeralchirurgie
- Wirbelsäulenchirurgie
- _____

Material infektiös

- nein
- ja: _____

Klinische Angaben/Fragestellung/Verdachtsdiagnose zuzüglich Art des Untersuchungsmaterials bzw. des Präparates

Datum

Name/Unterschrift einsendende*r Ärztin/Arzt