

<p>Untersuchungsantrag</p> <p>Medizinisches Versorgungszentrum Venusberg - Zentrum für Kinderpathologie und Zentrum für Pathologie</p> <p>Prof. Dr. med. Annette M. Müller Sigmund-Freud-Straße 25, 53127 Bonn Befundsauskunft: ☎ 02 28/2 87 - 16 487</p> <p>(Mo. - Fr. 8.30 bis 16.00 Uhr) Fax: 02 28/2 87 - 90 -16487</p>	<p style="text-align: right;">Telefon/Fax Datum Uhrzeit</p> <p>Name: _____</p> <p>Vorname: _____</p> <p>Geb.-Dat.: _____</p> <p>Straße: _____</p> <p>PLZ: _____ Ort: _____</p> <p>Kostenträger:</p> <p><input type="checkbox"/> Regelleistung <input type="checkbox"/> Wahlleistung <input type="checkbox"/> Selbstzahler <input type="checkbox"/> §116 b</p> <p><input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> Kasse: _____</p>
---	---

<p>Art und Entnahmestelle des Materials:</p> <p>Dauer der Erkrankung und bisheriger Verlauf:</p> <p>Klinische Befunde und Diagnose:</p> <p>Organbezogene Laborwerte:</p> <p>Spezielle Fragestellungen:</p> <p>Vorbehandlung mit:</p> <p>Medikamenten-/Alkoholabusus? Bei Wiederholungsuntersuchung bitte Vorbefund-Nummer(n) angeben:</p> <p>Bei gynäkol.Material</p> <table style="width:100%;"> <tr> <td>Zyklusdauer:</td> <td>Beginn der letzten Regel:</td> </tr> <tr> <td>Geburten:</td> <td>Fehlgeburten:</td> </tr> <tr> <td>Hormonbehandlung?</td> <td>Wie lange?</td> </tr> <tr> <td>Sonstige Angaben:</td> <td>z. Zt. gravide?</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Ovulationshemmer?</td> </tr> </table> <p>Infektiöses Material?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> TBC <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Sonstiges:</p>	Zyklusdauer:	Beginn der letzten Regel:	Geburten:	Fehlgeburten:	Hormonbehandlung?	Wie lange?	Sonstige Angaben:	z. Zt. gravide?		Ovulationshemmer?	<p>Barcode der Pathologie:</p> <p>Bitte ankreuzen:</p> <p><input type="checkbox"/> Schnellschnitt (sofortige Befundung)</p> <p><input type="checkbox"/> Eiliger Befund</p> <p><input type="checkbox"/> Tumorbank-Entnahme</p> <p>Anfordernder Arzt: (Name in Blockbuchstaben)</p> <p>Tel.-Nr. für Befunddurchsage:</p> <p>Gewünschte Sonderfärbungen:</p> <p>Gewünschte Molekularpathologie:</p> <p>Schnellschnitt - Diagnose:</p> <p>Übermittelt an:</p> <p>Datum / Uhrzeit:</p>
Zyklusdauer:	Beginn der letzten Regel:										
Geburten:	Fehlgeburten:										
Hormonbehandlung?	Wie lange?										
Sonstige Angaben:	z. Zt. gravide?										
	Ovulationshemmer?										

AP	N	EP	BL	Material
Formalin-fixiert	Nativ	Abrechnung		

_____ den _____
 Ort Unterschrift eines Arztes
Arztstempel/Tel.Nr.

Zusätzliche Übermittlung des Gutachtens erbeten an:

Versandmaterial erwünscht?