Name	**geb.**
Adresse	

ALBERTINEN PATHOLOGIE HAMBURG
PROF. DR. TH. LÖNING

FANGDIECKSTR. 75A
22547 HAMBURG

TEL 040 / 87 87 886 40
FAX 040 / 87 87 886 50
EMAIL INFO@ALBERTINENPATHOLOGIE.DE

Privat ☐ **Stationär** ☐ **Ambulant** ☐
KVB I-III ☐ **KVB IV** ☐ **Post B** ☐

Sonstiger Kostenträger:

Datum/Uhrzeit der Entnahme

Histologie/Zytologie Untersuchungsauftrag

Art des Materials/Lokalisation: _____

Einsender:

_____

_____

Klinische Fragestellung:

_____

Verdachtsdiagnose

Station:

Voruntersuchung: ☐

E.-Nr. oder Datum:

Klinische Befunde

☐ **Versandgefäße benötigt**

☐ **2 kg Plastikdosen**

☐ **1 kg**

☐ **0,5 kg**

☐ **Einsendescheine benötigt** ☐ **Versandbeutel**

Telefon

Stempel/Unterschrift des Arztes