

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname, Geb.-Datum, Anschrift						

Klinische Diagnose,  
Lokalisation;  
Labordaten;

<h1>Antrag zur histologischen Begutachtung</h1> <h2>GEMEINSCHAFTSPRAXIS FÜR PATHOLOGIE</h2> <p>Dr. med. E. Kohler - Dr. med. V. Maier - Prof. MUDr. J. Zustin  Dr. med. A. Droste (FÄ i. A.) - Dr. med. I. Berger (FÄ i. A.)</p> <p style="text-align: center;"><b>Histologie - Zytologie</b></p> <p>Dechbettener Str. 5 · 93049 Regensburg · Tel. (09 41) 28 09 26-0 · Fax (09 41) 28 09 26-26</p>
---

stationär     ambulant

**ambulantes Operieren**

Wahlleistung Arzt

ja     nein

Aufnahme-Nr: \_\_\_\_\_

**Behandelnder  
Arzt/Operateur:**

\_\_\_\_\_

Eingangsdatum
Frühere Einsendungen <input type="checkbox"/> ja E-NR.:

Entnahmedatum:
Stempel u. Unterschrift überw. Arzt