

07/13

Krankenkasse

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Anschrift:

Begutachtungsauftrag - Cytologische Untersuchung

Cytologisches Institut Dr. med. T. TOPALIDIS

Brabeckstraße 97 · 30539 Hannover
 Internet: www.cyto.de · E-mail: info@cyto.de

Tel. +49(0) 5 11- 89 88 12 0
 Fax +49(0) 5 11- 89 88 12 10

Befundübermittlung per: Telefon
 Eilt (wird vorgezogen) Fax
 Eilt sehr! (Befundung am Eingangstag) E-mail

Auftrag durch:
 Klinik/Kassenarzt

Bitte freilassen
 E-Nr.:

Stempel des Einsenders

Datum Unterschrift des beauftragenden Arztes

Stationär **Privat** **Ambulant**
Bitte unbedingt ankreuzen!
Bei Kassenpatienten bitte Überweisungsschein beifügen!

Frühere Unters. nein ja, U-Nr.:

Diagnosen:

Material / Organ / genaue Lokalisation / Technik
 Nr.

Klinik / Diagnosen / Tumorgroße / Fragestellung

.....

Cytochemie	AP	SP	PAS	D-PAS	Gram
Leu	AlcBl	UE	MP	Fe	ZN
Fett	Dopa			

IC:

IC-/MOL-Nr.:

07/13

Krankenkasse

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Anschrift:

Begutachtungsauftrag - Cytologische Untersuchung

Cytologisches Institut Dr. med. T. TOPALIDIS

Brabeckstraße 97 · 30539 Hannover
 Internet: www.cyto.de · E-mail: info@cyto.de

Tel. +49(0) 5 11- 89 88 12 0
 Fax +49(0) 5 11- 89 88 12 10

Befundübermittlung per: Telefon
 Eilt (wird vorgezogen) Fax
 Eilt sehr! (Befundung am Eingangstag) E-mail

Auftrag durch:
 Klinik/Kassenarzt

Bitte freilassen
 E-Nr.:

Stempel des Einsenders

Datum Unterschrift des beauftragenden Arztes

Stationär **Privat** **Ambulant**
Bitte unbedingt ankreuzen!
Bei Kassenpatienten bitte Überweisungsschein beifügen!

Frühere Unters. nein ja, U-Nr.:

Diagnosen:

Material / Organ / genaue Lokalisation / Technik
 Nr.

Klinik / Diagnosen / Tumorgroße / Fragestellung

.....

Cytochemie	AP	SP	PAS	D-PAS	Gram
Leu	AlcBl	UE	MP	Fe	ZN
Fett	Dopa			

IC:

IC-/MOL-Nr.: