KABEG
KLINIKUM VILLACH

Einheit für Klinische Pathologie und Molekularpathologie
Vorstand:
Prim. Univ. Doz. Dr. Hermann Rogatsch
A-9500 Villach
Nikolaigasse 43
Tel. +43 (0)4242 208-62293
DaMe : VILKHPAT

ANWEISUNG ZUR ALLGEMEINEN ZYTOLOGISCHEN UNTERSUCHUNG

Patient/in: Familienname (in Blockschrift)	Vorname:

Geburtsname:	Geburtsdatum:	Versicherungsnummer:	Selbstzahler: ja ☐

PLZ:	Wohnort:	Straße:

Gegenstand und Organlokalisation, Seitenangabe (z. B. links, rechts) (bitte deutliche und leserliche Angaben):

Anamnese, Diagnose, jetzige Operation, Fragestellung (bitte deutliche und leserliche Angaben):

Histo-/Zyto Vorbefunde:

Einsender:

Datum _____

_____
Name/Stempel des zuständigen Arztes

Tel._____

HINWEIS: Nur eine vollständig und gut leserlich ausgefüllte Anweisung ermöglicht eine rasche Befundausfolgung! Bei Fehlen eines Überweisungsscheines muß dem Patienten der Selbstzahlertarif verrechnet werden!

Um den Lesefluss zu erleichtern, wurde auf eine geschlechterspezifisch getrennte Schreibweise verzichtet.