Patient Bitte Etikett verwenden oder in Druckbuchstaben ausfüllen

☐ männlich ☐ weiblich

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Eingegangen am:

Eingangsnummer

Nicht ausfüllen!
Wird von Pathologie vergeben

KliLu
Wir leben Medizin.

Institut für Pathologie
Prof. Dr. M. Andrulis
Klinikum Ludwigshafen
Bremserstraße 79
67063 Ludwigshafen
FAX 0621 503-4351
Befundauskunft
0621 503-4303

Untersuchungsauftrag

Kostenträger (Klinik/Abteilung)

Abrechnung

- ◯ Stationär
- ◯ Ambulant
- ◯ BG-Fall
- ◯ Privat
- ◯ §116b

Nicht ausfüllen!
Wird von Pathologie ausgefüllt

Klinische Angaben (Diagnose, Fragestellung, aktuelle Therapie, Vorbefunde)

Untersuchungs-**Material** (Art, Lokalisation, Entnahmetechnik, Markierung)

Gefäße bitte mit römischen Ziffern beschriften

Nicht ausfüllen!
Wird von Pathologie ausgefüllt

Name und Unterschrift des zuständigen Arztes	Tel. für Rückfragen	Entnahmedatum

(c) 2018 Klinikum Ludwigshafen am Rhein gGmbH