Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten bzw. Etikett

geb. am

Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status

Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Schnellschnitt ☐

Cito ☐

Telefon:

Universitätsklinikum Brandenburg an der Havel
Gesundheitszentrum Brandenburg

MVZ Hochstraße
Institut für Pathologie
Chefarzt
Univ.-Prof. Dr. T. Kalinski
Telefon: +49 3381 - 41 25 00
Telefax: +49 3381 - 41 25 09

Gesundheitszentrum Brandenburg an der Havel GmbH
Hochstraße 29 | 14770 Brandenburg an der Havel
Registergericht: Amtsgericht Potsdam
Registernummer: HRB 15884 P
Geschäftsführung: Dr. Milena Schaeffer-Kurepkat |Felix Richter
Bankverbindung: Brandenburger Bank,
BIC: GENODEF1BRB | IBAN: DE70 1606 2073 0005 8906 16

Original

Original in Pathologie /Kopie in Patientenakte

Klinische Angaben| Fragestellung, Diag., DD

Frühere histol./zytol. Untersuchung (Nr./Jahr/wo?)

Art d. Mat., Lokalisation

Regelschema

letzte Regel

Hormontherapie/IUD

Bei Lebererkrankungen und hämatologischer Fragestellung bitte entsprechende Laborbefunde und Medikamentenanamnese zufügen.

Bitte für interne Vermerke frei lassen

Datum	Unterschrift/ Stempel des Einsenders

5	4800	19310	
60	4802	19312	
101	4815	19320	
102	4816	19321	
103	4852	19322	
104		19332	
105		19401	
106		19403	
107		19404	
110		19421	
111		19451	
114		01743	
115		01743M	
116		01768	
117			
118			

Lfd.-Nr.:

Probenausgang	Unterschrift Probenausgang	Datum / Uhrzeit	Anzahl der Gefäße

Probeneingang	Unterschrift Probeneingang Pathologie	Datum / Uhrzeit	Anzahl der Gefäße

FB 015-001 Begleitschein Pathologie Histologie mit Nachweis Revision 20 03/2024