

Begutachtungsauftrag für:

Prof. Dr. med. U. Ramp – Institut für Pathologie
WESTPFALZ-KLINIKUM GmbH

Hellmut-Hartert-Straße 1, 67655 Kaiserslautern
Telefon (0631) 2032710/13

AOK | LKK | BKK | IKK | VdAK | AEV | Knappschaft

Datum der Entnahme:

Personalien: (Adressenabroller auch auf Durchschlag!)

Patient: Name _____ Vorname _____
(bitte Druckschrift)

geb. am _____ Beruf _____

(_____)
Wohnort

Straße _____

Stationär: Regelleistung Wahlleistung/Arzt
KVB I-III IV Post A B amb. OP
Ambulant: Kasse Post A B Privat
KVB I-III IV

Frühere hist./cyt. Untersuchung Nr. _____ Jahr: _____

Gutachten an Dr. med. bzw. Klinik: _____

Station: _____

Telefon: _____

(Unterschrift des beauftragenden Arztes)

bei Stempel auch auf Durchschlag

Eing.

J-Nr.

BZ	NS	Ri	Dr	Zu	Bl	Au	
----	----	----	----	----	----	----	--

Material: 1. _____
(Art, Entnahmestelle) 2. _____
3. _____

Klin. Diagnose: _____

Beginn der Erkrankung: _____

Besd. klin. Erscheinungen: _____

Weitere Angaben (evtl. Skizze) bitte umseitig!

Bei Lymphknoten, Haut usw.

solitär multiple generalisiert Blutbild (bitte Rückseite)

Bei Abrasio: Zyklus(dauer): _____

L. Regel: _____ L. Geburt/Abort: _____

Hormontherapie (Präp.) _____ von _____ bis _____

Kontrazeptiva (Präp.) _____ von _____ bis _____

Adnexe: _____