



Pathologisches Institut der Universität Würzburg
Antrag auf konsiliarische Begutachtung

An das Referenzzentrum für Lymphknoten- und Hämatopathologie

Leiter: Prof. Dr. A. Rosenwald

Josef-Schneider-Straße 2, 97080 Würzburg; Telefon: 0931 31-81246 , Fax: 0931 31-81144

Einlauf-Nr. des Einsenders: _____

Name, Vorname: _____

geb. am: _____ m w

Rechnungsanschrift: _____

<input type="checkbox"/> Privatpatient	Rechnung
Krankenversicherung	
<input type="checkbox"/> Krankenkasse	(Überweisungsschein beilegen!)
<input type="checkbox"/> Klinik	
<input type="checkbox"/> Einsender	

ambulant **stationär**
 Studie ⇒ keine Rechnung!

Studienname _____

Lokalisation: _____

Pathologische Diagnose: _____

Besondere Fragestellungen: _____

Bemerkungen: _____

Frühere histol./konsiliarische Einsendung(en): unsere E- oder H-Nr. _____ Jahr _____

Anlage: _____ Block/Blöcke und _____ Schnitt(e)

Frischmaterial fixiertes Feuchtmaterial Entnahmedatum / -zeit: _____

Infektiöse Erkrankungen bekannt? nein HIV TBC Hep B
 Hep C andere: _____



Befund nachrichtlich an:
 (Adresse, Faxnummer)

 Unterschrift des Einsenders

 Name in Druckbuchstaben

Einsender (Stempel, Kostenstelle)

Telefonnummer

Felder für interne Vermerke

Kürzel Probeneingang	Lieferran
Abweichende Angaben / Klärungsbedarf?	

Zusatzuntersuchung(en) wurde(n) in Auftrag gegeben:				
<input type="checkbox"/> Zuschnitt (Nachbettung)	<input type="checkbox"/> Immunhistochemie	<input type="checkbox"/> Molekularbiologie	<input type="checkbox"/> Neuropathologie	<input type="checkbox"/> EIMi
<input type="checkbox"/> Histologie	<input type="checkbox"/> Hämatologie	<input type="checkbox"/> FISH	<input type="checkbox"/> Zytologie	<input type="checkbox"/> Kryo/IZC