

## ANTRAG AUF MIKROSKOPISCHE BEGUTACHTUNG FÜR STATIONÄRE PATIENTEN

PATIENTENAUFKLEBER

EINSENDENDER ARZT (STEMPEL):

Wahlleistung  ja  nein

Datum:

Unterschrift:

ART DES UNTERSUCHUNGSGUTES, ENTNAHMESTELLE:

KLINISCHE ANGABEN/FRAGEN (kurze Anamnese, klinische Befunde und ggf. Verdachtsdiagnose):

BEFUND VORAB PER FAX:

BEFUNDKOPIE AN: