

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft	Privat	Re. an K-Haus
Name, Vorname des Versicherten <span style="float: right;">geb. am</span>								
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.		Status					
Vertragsarzt Nr.	VK gültig bis		Datum					

# Antrag auf pathologische Begutachtung

(mit Einverständnis des Patienten)

**Zentrum für Pathologie Kempten-Allgäu**  
**Gemeinschaftspraxis am Klinikum Kempten**  
**Prof. Dr. med. Barbara Dockhorn-Dworniczak**  
**Dr. med. Claus Hirte · Prof. Dr. László Füzési**  
 Postfach 2122, 87411 Kempten Tel. 08 31 / 512 99-0  
 Robert-Weixler-Str. 48, 87439 Kempten Fax 08 31 / 5 12 99-60  
 E-Mail: info@patho-kempten.de · www.patho-kempten.de  
**Zertifiziert nach DIN EN ISO 9001**

Dieser Anforderungsbogen ersetzt nicht den Überweisungsschein bei Kassenpatienten.

**Untersuchungsgut:**

**Vorbefund - Nr.:**

**Klinische Angaben:**

**Lokalisation - Entnahmeort:**

**Bemerkungen:**

**Befundkopien an:**

00	02	15	15C	52	310	311	312	320			
Aus	Ein	Zu	Bei	( )	St	P	AP	G	E	FE	Sonst

Stempel Arzt / Klinik

  
  
  
  
  

Unterschrift