

EINSENDESCHEN

An:
Institut für Pathologie, Molekularpathologie, Immunhistologie und Elektronenmikroskopie
Rübenacher Straße 170
56072 Koblenz

Einsender:

Anforderungsdatum:

Eingangsdatum:

Aufkleber
(Eingangs-Nummer)

Ansprechpartner/in und Tel.:

- Soldat Kasse ambulant (GKV) Kasse stationär (GKV)
 Privat ambulant Privat stationär

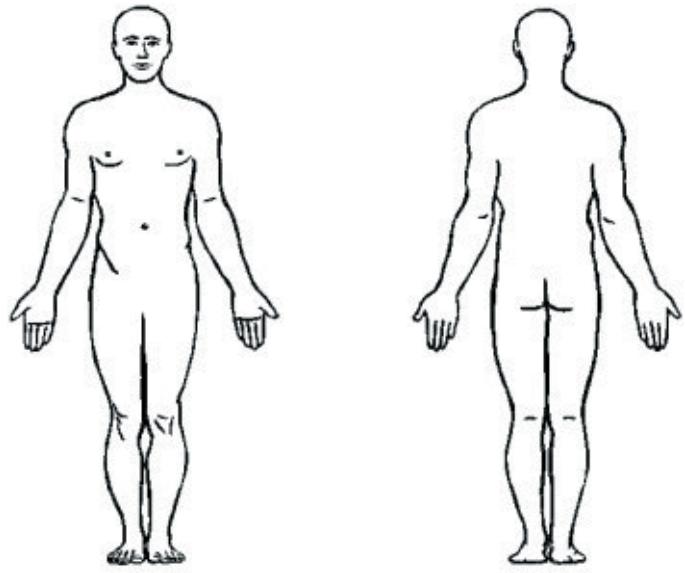
Patientendaten:

Name: Vorname: Männlich
Geburtsdatum: Geburtsort: Weiblich
Straße: Ort: Divers

Kostenträger:

AUFTAG AUF HISTOLOGISCHE BEGUTACHTUNG

Klinische Angaben / Entnahmelokalisation / klinische Diagnose / Fragestellung:



Stempel
Einsender:

Datum:

Unterschrift:

INSTITUT FÜR PATHOLOGIE, MOLEKULARPATHOLOGIE, IMMUNHISTOLOGIE UND ELEKTRONENMIKROSKOPIE

Rübenacher Straße 170
56072 Koblenz

Tel: 0261-281-33006
Fax: 0261-281-33009
FspNBw: 4425

E-Mail: BwZKAbtXIII@bundeswehr.org