

## EINSENDESCH EIN

An:  
**Institut für Pathologie, Molekularpathologie, Immunhistologie und Elektronenmikroskopie**

Rübenacher Straße 170  
56072 Koblenz

Einsender:

Anforderungsdatum:

Eingangsdatum:

Aufkleber  
(Eingangs-Nummer)

Von der Abt. Pathologie auszufüllen!

Ansprechpartner/in und Tel.:

Patientendaten:

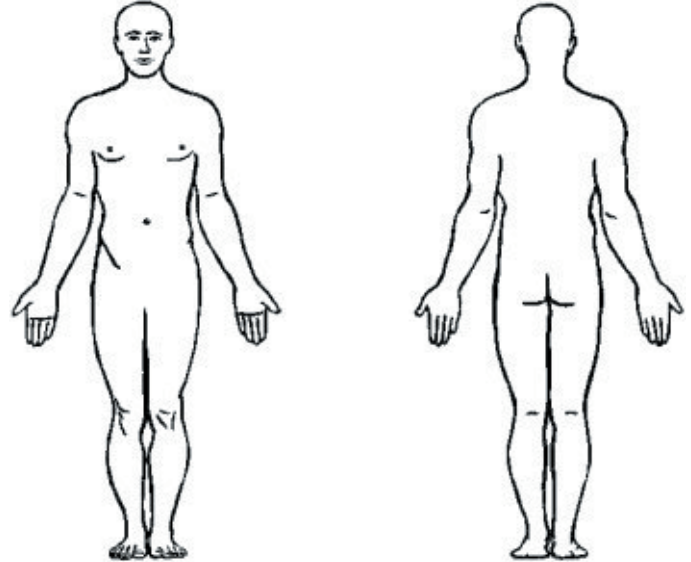
Name: Vorname: ☐ Männlich  
Geburtsdatum: Geburtsort: ☐ Weiblich  
Straße: Ort: ☐ Divers

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

Kostenträger:

## AUFTRAG 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