

UNTERSUCHUNGSAUFRAG LUNGENSTAUB-/FASER-ANALYSE

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

Einsender:	Anforderungsdatum:
------------	--------------------

Eingangsdatum:

Aufkleber
(Eingangs-Nummer)

Ansprechpartner/in und Tel.:		
Patientendaten:		
Name:	Vorname:	<input type="radio"/> Männlich
Geburtsdatum:	Geburtsort:	<input type="radio"/> Weiblich
Straße:	Ort:	<input type="radio"/> Divers

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

Kostenträger:

Unfallversicherungsträger/Versicherung, Aktenzeichen **BK-Nr.**

(Verdachts-) Diagnose:

Beruf(e) des Patienten (bitte vollständige Angaben)

Beruflche Asbestexposition (ggf. Berufsanamese beilegen)

ja nein von bis

Sonstige Staubexposition, welche?

ja nein von bis

Pleuraplaques Ja Nein Raucher ja nein PY Zig/d

Datum der Probenentnahme: Datum des Todes:

Klinische Angaben:

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