

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappsch.	KVB	Post B
-----	-----	-----	-----	------	-----	-----------	-----	--------

MVZ Pathologie HHZ GmbH

Cytopathologisches Labor

Zertifiziert nach DIN EN ISO 9001:2015

Standortleitung: Dr. med. M. Atay

Tiergartenstraße 73 / Postfach 710465

30559 Hannover / 30544 Hannover

Internet: cyto-hannover.de

Tel. (05 11) 52 30 93/4

Fax (05 11) 52 23 90

E-Mail: cyto@mvz-hhz.de

Krankenkasse

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Anschrift:

Auftrag durch:

Klinik/Kassenarzt.....

Stempel des Einsenders

Bitte freilassen

E-Nr.:

Stationär ☐

Privat ☐

Ambulant ☐

Frühere Untersuchung ☐ ja

☐ nein

Frühere Untersuchungs-Nr.:.....

Diagn.:

Datum

Unterschrift des beauftragenden Arztes

Material / Organ:

Klinische Angaben, Diagnose und Fragestellung:

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.

Zytochemie:

AP

SP

PAS

D-PAS

Gram-F.

Leucin

Alc.BI

Unsp.E

Fe

Ag

Fett

POX

Spez.E

Kongo

Immuncytochemie-Nr.:

Immuncytochemie: