

Begutachtungsauftrag für



Medizinisches Versorgungszentrum
Lukas Krankenhaus Neuss GmbH

Pathologisches Institut

Dr. R. Bug & Dr. N. Hinsch

Preußenstraße 84
41464 Neuss

Telefon 0 2131/ 888 - 26 01

Telefax 0 2131/ 888 - 26 99

pathologie@mvz-lukasneuss.de

Einsendender Arzt mit Telefonnummer

Datum und Unterschrift

Bitte Adressette oder Druckbuchstaben	
Name	
Vorname	♀ <input type="checkbox"/> ♂ <input type="checkbox"/>
Geb.-Datum	
Straße, Nr.	
PLZ, Wohnort	

Stationär:

Regelleistung

Privat

Ambulant:

Regelleistung

Privat

Bei ambulanten Kassenpatienten
Überweisungsschein erforderlich

eilig

Schnellschnitt

Art und Entnahmestelle des Materials:

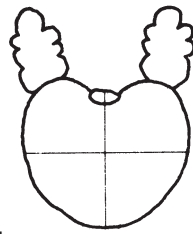
1	7
2	8
3	9
4	10
5	11
6	12

Prostatastanzen

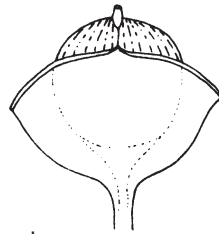
TUR Prostata

TUR Harnblase

PE Harnblase



rechts



rechts

Bitte Nummerierung eintragen

Rechts basal:	Links basal:
Rechts medial:	Links medial:
Rechts apikal:	Links apikal:
Rechts zentral:	Links zentral:

Klinische Angaben / Fragestellung: _____

