

Institut für Pathologie des Landeskrankenhauses Klagenfurt, St. Veiter Straße 47, 9026 Klagenfurt

Vorstand: Univ. Doz. Dr. H. Rogatsch, Telefon 0 463 538 / 38303, Fax 0 463 538 / 38309

Anweisung zur zytologischen Untersuchung (exclusive gynäkol. Portio-Zytologie)

Prot.-Nr.:

Titel <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Patient: Familienname in Blockschrift <input type="text"/>				Vorname <input type="text"/>		Beruf: <input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.	
Geburtsname: <input type="text"/>		Geb.-Dat. (Pat.): <input type="text"/>		Kasse (Pat.): <input type="text"/>		Vers.-Nr.: <input type="text"/>			
Versicherter: <input type="text"/>		Geb.-Dat. (Vers.): <input type="text"/>		Kasse (Vers.): <input type="text"/>		Vers.-Nr.: <input type="text"/>			
PLZ: <input type="text"/>		Wohnort: <input type="text"/>		Straße: <input type="text"/>		Sonderklasse: <input type="text"/>			
Untersuchungsmaterial/Organ/Seite <input type="text"/>						VORBEFUNDE <input type="text"/>			
Anamnese, Diagnose, Fragestellung: <input type="text"/>						Zusätzlicher Befund an: <input type="text"/>			
Einsender: <input type="text"/>						Datum: <input type="text"/>			
Name/Stempel des zuständigen Arztes <input type="text"/>						Telefon: <input type="text"/>			

Pos. 273/E L13-403/17 wd

Es wird gebeten, alle Datenfelder gut leserlich und komplett auszufüllen, um Verzögerungen in der Befundübermittlung, die sich auf Grund von Rückfragen ergeben, zu verhindern. Im Falle unvollständiger Datenübermittlung muß nach dem Selbstzahlertarif abgerechnet werden.