Institut für Klinische Pathologie und Molekularpathologie
Feschnigstraße 11, 9020 Klagenfurt

KABEG
KLINIKUM KLAGENFURT

Vorstand: Primararzt Univ. Doz. Dr. Hermann ROGATSCH • Tel.: 0463/538/38303 • DaMe: KLLKHPAT

Anweisung zur histologischen Untersuchung

Prot.Nr.:

Titel | PatientIn: Familienname in Blockschrift | Vorname

Beruf: | männl. ☐
Dienstgeber: | weibl. ☐

Geburtsname: | Geb.-Datum (Pat.): | Kasse (Pat.): | Vers.-Nr.:

Versicherte/r: | Geb.-Datum (Vers.): | Kasse (Vers.): | Vers.-Nr.:

PLZ: | Wohnort: | Straße: | Sonderklasse:

Gegenstand und Organlokalisation:

☐ Schnellschnitt

VORBEFUNDE

ZYTO Pr.-Nr.:	HISTO Pr.-Nr.:

Anamnese, Diagnose, jetzige Operation, Fragestellung:

Datum und Uhrzeit der Gewebeentnahme:

Fixation in: ☐ Formalin ☐ andere

Einsender:

Datum:_____

Name/Stempel des/der zuständigen Arztes/Ärztin

Telefon

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.

Version 7 08/2026