

Institut für Klinische Pathologie und Molekularpathologie Feschnigstraße 11, 9020 Klagenfurt



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

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

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:
Untersuchungsmaterial/Organ/Seite:	VORBEFUNDE
Anamnese, Diagnose, Fragestellung:	Zusätzlicher Befund an:
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.