

**INSTITUT FÜR PATHOLOGIE**  
**Prof. Dr. med. P. Ströbel**

Robert-Koch-Str. 40, 37075 Göttingen, Briefpost: 37099 Göttingen, Tel.: 0551/39-8626, Fax: 0551/39-8627

**Antrag auf histopathologische Begutachtung**

**Patientendaten (Patientenaufkleber)**

\_\_\_\_\_

Name, Vorname

\_\_\_\_\_

Adresse

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum

**Station:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Auftraggeber / Paxisstempel

Ambulant:  (Bitte Überweisung beifügen!)      Stationär:       Wahlleistung:  (Bitte Adresse angeben!)

Elektronische Anforderung

**Klinische Diagnose und Fragestellung:**

\_\_\_\_\_

**Proben:**

Material/Lokalisation

Sonstige Angaben/Skizze/Zyto-/histologische Vorbefunde

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_
11. \_\_\_\_\_
12. \_\_\_\_\_
13. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Schnellschnittuntersuchung**

**Tel.-Nr. :** \_\_\_\_\_

**Biobank**      **Patienteneinwilligung liegt bei:**    ja       nein

**Studie:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Name (**Druckbuchstaben**)

\_\_\_\_\_

Unterschrift