

# UNTERSUCHUNGSANTRAG FÜR DIE HISTOLOGISCHE UNTERSUCHUNG

Einsendender Arzt (Stempel)

**An die Gemeinschaftspraxis**  
**Dr. med. Olaf Holotiuk**  
**Dr. med. Barbara Zuber**  
**Dr. med. Steffen Kellermann**  
**Fachärzte für Pathologie**  
**Industriestr. 37**  
**01129 Dresden**  
**Tel: 8589985 Fax: 8589986**

Dresden, den

## UNTERSUCHUNGSGUT

## KLINISCHE ANGABEN / DIAGNOSE

## VORBEFUNDE (bitte ausfüllen, soweit bekannt)

Nr.	Jahr:	Befund:	Maligne : <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nr.	Jahr:	Befund:	Maligne : <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nr.	Jahr:	Befund:	Maligne : <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nr.	Jahr:	Befund:	Maligne : <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Bei **konsiliarischer Gewebentnahme** bitte **Befundkopie** schicken an:

Station :

Arzt:

**Achtung:** Gewebeproben (außer Schnellschnitte) müssen in 4%ig gepuffertem Formalin aufbewahrt werden. Gefäße bitte immer fest verschließen!

Datum

Unterschrift des Arztes

# Pathologie