| Krankenkasse bzw. Kostenträger | | |
|---|---|---|
| Name, Vorname des Versicherten | | geb. am |
| Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status |
| Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum |

# Universitätsklinikum Leipzig

Medizin ist unsere Berufung.


**Department für Diagnostik**

**Institut für Pathologie**

Direktor: Prof. Dr. med. Hendrik Bläker
Liebigstraße 26, Haus G, 04103 Leipzig
Telefon 0341 9715000
Fax 0341 9715009


## Histologie / Zytologie: Gynäkologie

Telefon 0341 9720782 (Eingangslabor)
Telefon 0341 9720789 (Befundauskunft)

6

106.3

Einsender-Etikett

| Einsender (Stempel) | |
|---|---|
| Einsender (Stempel) | |
| **Anforderungsdatum** | **Telefon für Rückfragen** |
| | |

| Behandlungsart | | | | Tarif-Info |
|---|---|---|---|---|
| | Stationär | | Ambulant | |
| | Vollstationär | | Primär-Abrechnungs-Schein | Pauschale |
| | Teilstationär | | Ü-Schein | EBM |
| | Vorstationär | | Notfallschein | GOÄ |
| | Nachstationär | | BG-Fall (Unfall) | DKG-NT |
| | | | Privatabrechnung | BG-T |
| | Privatpat./Selbstzahler | | Vereinbarte Einzelleistung | Gutachten |
| | Ärztl. Wahlleistung | | Außerhalb der Regelzeit | Forsch./Haush. |
| | Fremdes Haus | | Ambulantes Operieren | Forsch./Drittm. |

☐ **NOTFALL**

| Letzte Regel | Geburten | Hormonbehandlung | Strahlenbehandlung | Krankenblatt-/Ambulanz-Nr. |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

Vorangegangene Histo-Nummern

| Art des Materials, Entnahmeort und Entnahmetechnik | Operationen |
|---|---|
| | |

Klinische Diagnose und Fragestellung, Kolposkopischer Befund, bisherige Therapie

| Ich bitte um histologische Begutachtung und kritische Stellungnahme.<br>Leipzig, am | Unterschrift und Stempel des Arztes |
|---|---|

RIECO Orgaform Altenburg GmbH ☎ 03447 8519-0 03/19