



PATHOLOGISCHES INSTITUT CELLE

PD Dr. med. Peer Flemming
Prof. Dr. med. Axel Wellmann
Wittinger Str. 14 . 29223 Celle
Tel. 05141.721650
Fax 05141.721659

AUFTRAG ZUR HISTOLOGISCHEN/CYTOLOGISCHEN BEGUTACHTUNG

Ort, Datum

Arzt, bzw. Klinik, Station

Kostenträger/Krankenkasse

Zuzahler

Selbstzahler

Name

geb.:

Beruf

Privatadresse

Klinische Diagnose, Entnahmeort, Art des Materials, Fragestellung:

Frühere Einsendungen: E-Nummer

Bei gynäkologischem Untersuchungsgut: L.R.

Hormone (welche)

Unterschrift und Stempel des einsendenden Arztes