

Kliniken der Stadt Köln gGmbH  
**Institut für Pathologie**  
Chefarzt: Prof. Dr. M. Brockmann  
Ostmerheimer Straße 200  
51109 Köln

Kliniken der Stadt Köln gGmbH  
**MVZ Köln-Merheim**  
**Fachgebiet Pathologie**  
Ostmerheimer Straße 200  
51109 Köln

Tel. (Sekretariat) +49 (0)221-8907-3280 \* Tel. (Befundauskunft) +49 (0)221-8907-3539 \* Fax + 49 (0)221-8907-3542  
E-Mail: [pathologie@kliniken-koeln.de](mailto:pathologie@kliniken-koeln.de) \* Internet: [www.pathologie-koeln.de](http://www.pathologie-koeln.de)

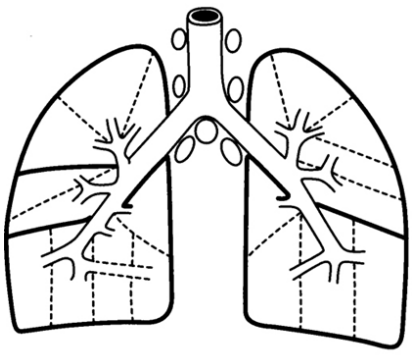
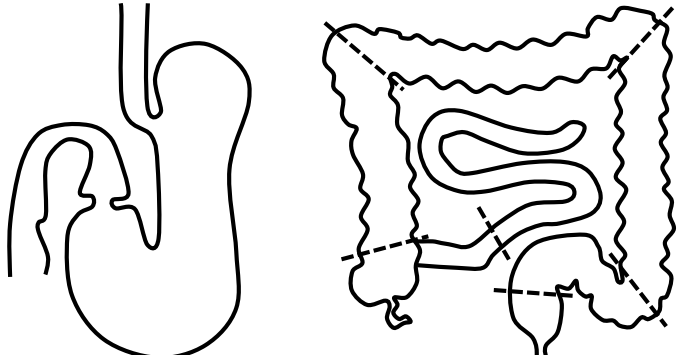
**Antrag auf pathologisch-anatomische Begutachtung**

Dieses Feld bitte nicht beschriften!

<b>Einsendende/r Arzt/Ärztin:</b> (genaue Anschrift / Stempel)			<b>Patient/in:</b> (Aufkleber)	
Datum: _____ Entnahmezeit des Präparats: _____ Uhr				
Klarname des Operators: _____				
Telefon: _____ Unterschrift: _____				
<b>Stationär:</b> Regelleistung  <input type="radio"/>	<b>Stationär:</b> Wahlleistung Arzt  <input type="radio"/> KVB   Post B   Knappschaft	<b>Ambulant:</b> Ü-Schein liegt bei  <input type="radio"/>	<b>Ambulant Privat:</b> Rechnung an Patienten  <input type="radio"/> KVB   Post B   Knappschaft	<b>Ambulantes Operieren</b> Krankenhaus:  <input type="radio"/> Kassen-Nr.: _____

**Untersuchungsgut:**

1. _____	4. _____
2. _____	5. _____
3. _____	6. _____

<b>Klinische Diagnose, Krankheitsverlauf, Fragestellung:</b>		<b>Voruntersuchung:</b> (Nr. und Datum)
<b>Beginn der Erkrankung:</b>		<b>Gynäkolog. Befund:</b> Zyklus: regelmäßig / unregelmäßig Zyklusdauer: Letzte Regel: Hormongabe: PAP-Gruppe:
<b>Erfolgte Therapie:</b>		
 <b>Pneumologischer Befund</b>	 <b>Gastroenterologischer Befund</b>	