Begleitschein für histologische Untersuchung - Tumor-Operationspräparat

Krankenkasse bzw. Kostenträger	Begleitschein für histologische Untersuchungen	**Nummer**
Name, Vorname des Versicherten geb. am	**Institut für Pathologie**	Eingangsdatum
Kassen-Nr. / Versicherten-Nr. / Status	**PD Dr. med. habil P. Czapiewski** Auenweg 38 - 06847 Dessau Tel. (0340)501-1070 / Fax -1029	
Vertragsarzt-Nr. / VK gültig bis / Datum		

Klinische Diagnose:

Tumorlokalisation:	**<u>Präoperative Klinische Befunde</u>**
	Klinisches Tumorstadium: cT
	cN
	cM
	Größter Tumordurchmesser:
	Größter Lymphknotendurchmesser:
	Präop. Therapie: Ja □ Nein □

	Stempel, Unterschrift
Vorbefunde:	
Datum:	

Stand: 22.04.2014