

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft	PRIVAT
Name des Versicherten				Vorname		geb. am	
Ehegatte/Kind/Sonst. Angehörige				Vorname		geb. am	
Arbeitgeber							
Wohnung des Patienten							
M		F		R			

**Prof. Dr. med. Stefan Krüger**  
**Dr. med. Sebastian Gelbert**  
 Praxis für Pathologie

Friedrich-Lichtenauer-Allee 1  
 21414 Winsen/Luhe  
 Tel.: 0 41 71/7 32 69  
 Fax: 0 41 71/7 28 99

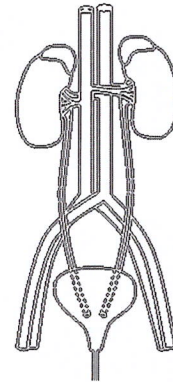
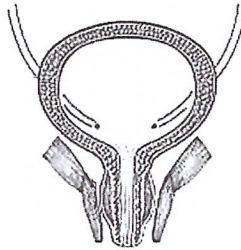
Eing. am:

E.Nr.

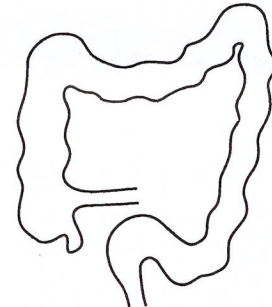
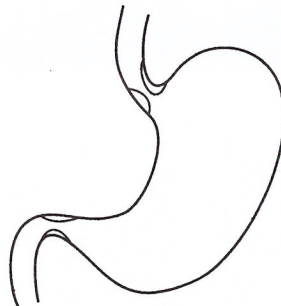
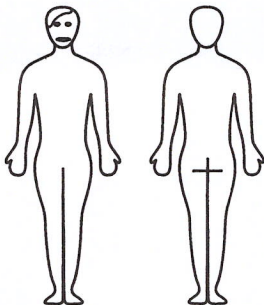
Bei ambulanten Patienten Überweisungsschein

**Histologie / cytologische Untersuchung**

**Klinische Diagnose**



**Entnahme von:**



Frühere histologische / cytologische Untersuchung? E-Nr.:

Besondere Fragestellungen, Laborwerte:

**Gyn.:** Letzte Regel  Grav  ja  Nein

Letzte Vorsorgeuntersuchung  Pap

**Urolog.:** Prostata links / rechts Harnblase

Ureter links / rechts Urethra

Sonstiges:

**Orthopädie:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Schultergelenk | <input type="checkbox"/> Gelenkknorpel |
| <input type="checkbox"/> Hüftgelenk     | <input type="checkbox"/> Meniskus      |
| <input type="checkbox"/> Kniegelenk     | <input type="checkbox"/> Synovia       |
| <input type="checkbox"/> Sprunggelenk   | <input type="checkbox"/> Band          |
|   | <input type="checkbox"/> Kapsel        |
|   | <input type="checkbox"/> Bursa         |

Einsender Stempel

**Anforderung (per Fax 04171 / 72899)**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Auftragsformulare   | <input type="checkbox"/> Versandröhrchen |
| <input type="checkbox"/> Verpackungsmaterial | <input type="checkbox"/> Objektträger    |