# Materialübergabeliste zur histologischen/zytologischen Begutachtung

**Bitte bei allen Einsendungen (auch per Post) verwenden, Kopie verbleibt beim Einsender**

**Gemeinschaftspraxis**
PD Dr. med. P. Middel

Pathologie
Eisenach | Westthüringen

**Einsender:**

**Adresse:**

Mühlhäuser Str. 94 / Haus M
99817 Eisenach

bei Rückfragen:
Telefon: 03691-88276-0
Telefax: 03691-88276-20
E-Mail: info@eisenach-pathologie.de

Ansprechpartner Einsender (Name/Tel.):

| Name | Vorname | geb. | Abteilung | Anzahl Gefäße | überprüft | Bemerkung |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

**Präparate übergeben:**

Einsender: _____ Pathologie/Fahrer: _____

Name/Unterschrift:

Datum:

Für eine lückenlose Dokumentation sind vollständig ausgefüllte Begleitscheine und die korrekte Beschriftung der Präparate erforderlich. Wir danken für Ihre Mithilfe.