

**AOK LKK BKK IKK VdAK AEV Knappsch. KVB Post B**

Krankenkasse

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Anschrift:

**Begutachtungsauftrag für Cytopathologisches Labor**  
**DR. MED. M. ATAY**

Zertifiziert nach DIN EN ISO 9001:2008

FACHÄRZTIN FÜR PATHOLOGIE  
 Tiergartenstraße 73 / Postfach 710465  
 30559 Hannover / 30544 Hannover  
 Internet: cyto-hannover.de

Tel. (05 11) 52 30 93/4  
 Fax (05 11) 52 23 90  
 E-Mail: info@cyto-hannover.de

Auftrag durch:  
 Klinik/Kassenarzt.....  
**Stempel** des Einsenders

**Bitte freilassen**  
**E-Nr.:**

**Stationär**  **Privat**  **Ambulant**

**Frühere Untersuchung**  ja  nein

**Frühere Untersuchungs-Nr.:** .....

**Diagn.:** .....

**Datum** **Unterschrift des beauftragenden Arztes**

**Material / Organ:**

**Klinische Angaben, Diagnose und Fragestellung:**

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....
7. ....
8. ....
9. ....

.....  
 .....  
 .....  
 .....

**Zytochemie:**  AP  SP  PAS  D-PAS  Gram-F.  
 Leucin  Alc.Bi  Unsp.E  Fe  Ag  Fett  
 POX  Spez.E  Kongo .....

Immuncytochemie-Nr.:

**Immuncytochemie:** .....