

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

Krankenkasse

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Anschrift:

# MVZ Pathologie HHZ GmbH

## Cytopathologisches Labor

Zertifiziert nach DIN EN ISO 9001:2015

Standortleitung: Dr. med. M. Atay

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: cyto@mvz-hhz.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:** .....