

Name, Vorname des/der Versicherten bzw. Patientenetikett

# Untersuchungsantrag zur Allgemeinen Pathologie



**Institut für Dermatohistologie  
Pathologie Molekularpathologie**  
Prof. Dr. Helmut Laaff

Sasbacher Straße 10  
79111 Freiburg  
Telefon +49 (0) 761 120360 oder +49 (0) 761 7699690  
Telefax +49 (0) 761 1203615  
E-Mail info@labor-laaff.de  
Website www.labor-laaff.de

Prof. Dr. Helmut Laaff  
Dr. Astrid Kersten  
Dr. Andrea Schmitt  
Dr. Barbara Wittmeier  
Dr. Jörn Coldewey  
Dr. Annette May  
Katja Ernst

Zutreffendes unbedingt ankreuzen!

Befund eilt!

Sternenkind

Heilig Geist Hospital GmbH & Co KG  
OP-Abteilung  
Tel. 06251 132-944  
Rodensteinstraße 94  
64625 Bensheim

- stationär
- ambulant
- Überweisung beigefügt
- gesetzlich versichert
- privat versichert

## Abteilung

- Gynäkologie (Tel. 06251 132-7520 oder 06251 132-7521)
- Orthopädie und Unfallchirurgie
- Viszeralchirurgie
- Wirbelsäulenchirurgie
- \_\_\_\_\_

## Material infektiös

- nein
- ja: \_\_\_\_\_

Klinische Angaben/Fragestellung/Verdachtsdiagnose zuzüglich Art des Untersuchungsmaterials bzw. des Präparates

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum

Name/Unterschrift einsendende\*r Ärztin/Arzt