

 <b>PATHOLOGIE AUGSBURG</b> HERMANSTR. 1	Gemeinschaftspraxis für Pathologie und Zytologie	DIN EN ISO/IEC 17020:2012
<b>Zusatzuntersuchung</b>		Formblatt

## Anforderung von Zusatzuntersuchungen

An



Gemeinschaftspraxis für Pathologie und Zytologie  
Dr. Erhardt/Dr. Wess und Kollegen.  
Hermanstr. 1

86150 Augsburg

**Per Fax: 0821-518444**

Wir bitten um die Durchführung von Zusatzuntersuchungen am Gewebe des Patienten/der Patientin

.....  
Nachname Vorname Geburtsdatum

Untersuchungsnummer: \_\_\_\_\_

Gewünschte Zusatzuntersuchungen:

**Bei molekular-pathologischen Analysen bitte geplante Medikation angeben:**

\_\_\_\_\_

.....  
(bei ambulanten Patienten ggf. einen Überweisungsschein einsenden)

**Praxisstempel/Unterschrift/Datum**

3.24/rev.1	5.50b FB Anforderung Zusatzuntersuchungen.Rev1.Docx	Seite 1 von 1
------------	--	---------------