

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft	
Krankenkasse bzw. Kostenträger							
Name, Vorname des Versicherten						w.	m.
geb. am							
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.		Status				
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis		Datum				

Begutachtungsauftrag
MVZ für Pathologie und Zytologie Bielefeld GmbH
Dr. (B.) Dr. med Friederike Poche-de Vos
Dr. (B.) Peter de Vos
angestellte Ärzte
Voltmannstraße 279a • 33613 Bielefeld
Postfach 10 21 73 • 33521 Bielefeld

Telefon (0521) 400 760 70
Telefax (0521) 400 760 80

Tag d. Einganges: _____ E.-Nr. _____

Privat amb.	Privat stationär	Reg. amb.	Reg. stationär
Gewünschte Untersuchung		Einsendender Arzt	
<input type="checkbox"/> Zytologie <input type="checkbox"/> Dünnschichtzytologie/Monolayer <input type="checkbox"/> Immunchemie <input type="checkbox"/> HPV		Stempel:	
<input type="checkbox"/> Histologie			
Frühere Untersuchungen		Unterschrift: Tag der Entnahme:	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> NEU <input type="checkbox"/> ja			
wann:			
wo			
E-Nr : _____			

Material: _____
Zyklus: _____
L.R.: _____
Menopause: _____
Ov.-Hemmer: _____
Hormanbeh.: _____

Geburten: _____
Gravidität: _____
Fehlgeburten: _____
Ra./Rö.-Bestr.: _____
PAP-Gruppe: _____

Klin. Diagnose und Fragestellung:

Für weitere klinische Angaben bitte Rückseite benutzen! →