

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

Erregerdiagnostik-Antrag

Pathologie & Molekularpathologie Minden
 Prof. Dr. Udo Kellner
 Paul-Ehrlich-Strasse 9
 32429 Minden
 Tel.: 0571/790-4701
 Fax: 0571/790-294701
 E-Mail: pathologie@klinikum-minden.de



Klinik: _____ Station: _____

Ärztin/Arzt: _____ Tel.: _____

Ambulant Selbstzahler AO*

* Ambulante Operation

Färbungen	Abr.	
		Laboraufkleber
		Eingang
		Ausgang

Untersuchung von Eingangsnummer: _____

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Überw. Arztes

Gewünschte Erreger (ankreuzen)

- TBC Pos. Neg.
- Atypische Mycobacterien Pos. Neg. Isotyp/Spezies _____
- HPV Pos. Neg. Isotyp/Spezies _____
- CMV Pos. Neg.
- HSV1 Pos. Neg.
- HSV2 Pos. Neg.
- HHV8 Pos. Neg.
- EBV (CISH)

Klinische Diagnose(n), Daten (frühere OP, Labor, Rö.-Bef. u.a.):