

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

Untersuchung von Eingangsnummer: \_\_\_\_\_

### Gewünschte Erreger (ankreuzen)

TBC Pos.  Neg.

HPV Pos.  Neg.  Isotyp/Spezies \_\_\_\_\_

CMV Pos.  Neg.

HSV1 Pos.  Neg.

HSV2 Pos.  Neg.

HHV8 Pos.  Neg.

EBV (CISH)

Färbungen	Abr.	
		Laboraufkleber
		Eingang
		Ausgang

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Überw. Arztes

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