Dokument: Formular
Version: 3
Erstellt am 29.04.2026 von Carmen Perl
Geprüft am 29.04.2026 von Prim. Dr. Margit Mostegel
Freigegeben am 29.04.2026 von Prim. Dr. Margit Mostegel

Patho Diagnostics

Stempelfeld Krankenanstalt:

Eingegangen am: Uhrzeit

Patientenname:

Vorname: ☐ männlich ☐ weiblich

Vers.-Nr. u. Geb.-Datum:

☐ Versicherungsträger:

☐ Allgem. Klasse ☐ Sonderklasse

Schnellschnitt ☐
Probe-Excision ☐
Operationspräp. ☐
Zytologie ☐
Bakteriologie ☐

Abgenommen/ Operation am:

Material (Art und Entnahmestellen):

Anamnese:

Frühere Untersuchung: nein ☐ ja ☐ frühere Hist.-Nr.:

Jetzige Operation:

Klinische Diagnose:

Fragestellung:

Datum: ..... Unterschrift: .....

Name und Telefonnummer des Arztes in Blockschrift:.....

Notizen:

Patho Diagnostics GmbH
Panikengasse 45/11
1160 Wien

Tel.: +43 1 494 74 22 Fax DW 30
Email: office@pathodiagnostics.at
www.pathodiagnostics.at

Bankverbindung
IBAN: AT21 3239 7000 0084 4142
BIC: RLNWATWWKRE

Firmenbuchnummer
447902f-HG Wien
UID ATU71261216