



PATHOLOGISCHES INSTITUT CELLE

PD Dr. med. Peer Flemming  
Prof. Dr. med. Axel Wellmann  
Wittinger Str. 14 . 29223 Celle  
Tel. 05141.721650  
Fax 05141.721659

**AUFTRAG ZUR HISTOLOGISCHEN/CYTOLOGISCHEN BEGUTACHTUNG**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Arzt, bzw. Klinik, Station

\_\_\_\_\_  
Kostenträger/Krankenkasse

Zuzahler

Selbstzahler

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
geb.:

\_\_\_\_\_  
Beruf

\_\_\_\_\_  
Privatadresse

Klinische Diagnose, Entnahmeort, Art des Materials, Fragestellung:

\_\_\_\_\_  
Frühere Einsendungen: E-Nummer

\_\_\_\_\_  
Bei gynäkologischem Untersuchungsgut: L.R.

\_\_\_\_\_  
Hormone (welche)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel des einsendenden Arztes