

**Untersuchungsauftrag Pathologie**

**Zytologisches Labor**

PD Dr. L. Welker, Dr. A. Lübke, Dr. A. Hinsch

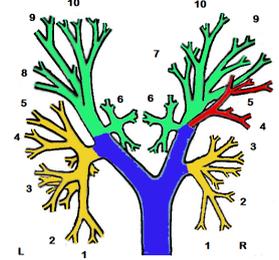
Telefon 040 7410-59361  
Befundabfrage:

Telefax 040 7410-54961  
patho@uke.de

**Einsender:**  
**Adresse:**

**Telefon:**  
**Fax:**  
**E-Mail:**

**Wichtig für  
Rückfragen!**



**Patientendaten/ Aufkleber:**

Station \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Versicherung \_\_\_\_\_

**Versichertenstatus**

GKV (Kasse)       PKV (privat)

private Zusatzvers.       Wahlleistung

Zusatzversicherung

ambulant       stationär

**Klinische Angaben zur Diagnose/ Fragestellung:**

**Nur für BAL**

Instilliertes Volumen: \_\_\_\_\_ ml      Systemische Steroide: \_\_\_\_\_ mg/dl

Raucher:      ja      nein      Beruf: \_\_\_\_\_

Bronchitis:      ja      nein

**Eingesandtes Material:**

Datum, Unterschrift Einsender