Bitte Blatt 2 abtrennen - verbleibt beim Auftraggeber!

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft	UV

Ort der Kasse

Name des Versicherten/Versorgungsberechtigten | Vorname | geb. am

Ehegatte/Kind/Sonst.Angeh. | Vorname | geb. am

Arbeitgeber/Dienststelle/Rentner/BVG/Freiw.

Wohnung des Patienten

Patienten- / Fallnummer der auftraggebenden Klinik

Stempel des Einsenders

Datum / Stempel und Unterschrift des einweisenden Arztes

ambulant	stationär	ärztliche Wahlleistg.	M	F	R
☐	☐	☐	☐	☐	☐

Zutreffendes unbedingt ankreuzen!

Abteilung für Allgemeine
und molekulare Pathologie
und Pathologische Anatomie
Ärztlicher Direktor
Prof. Dr. med. S. Singer

Institut für Pathologie und Neuropathologie
Universitätsklinikum Tübingen

Untersuchungsantrag

Organ:

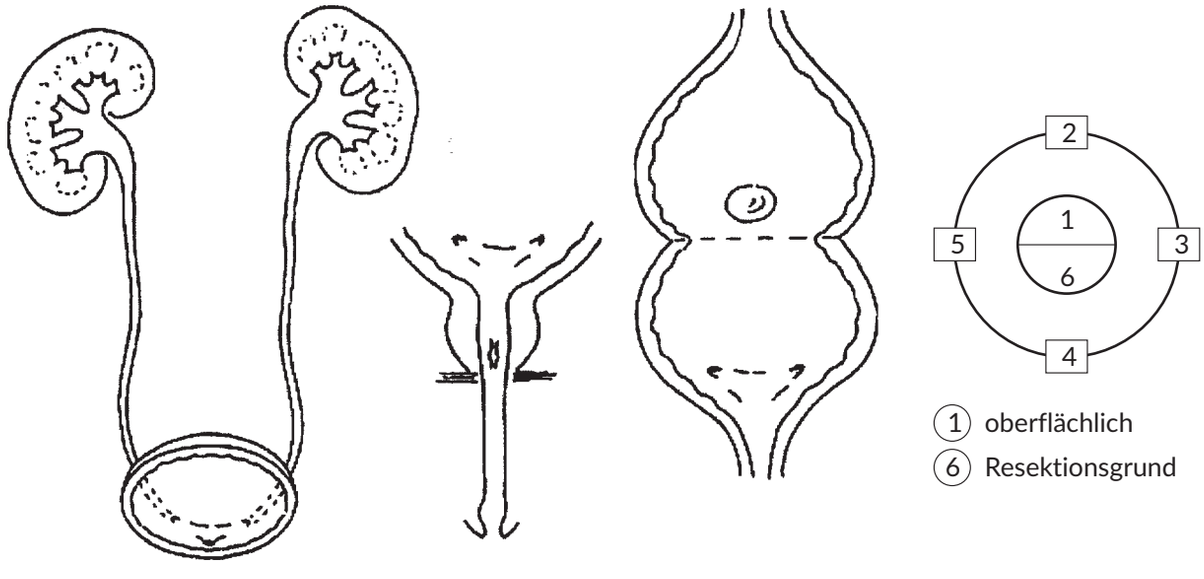
Barcode-Kleber

8705

Beh.-Datum	GOÄ	EBM		Anzahl	GOÄ	EBM		Anzahl
	4800	4900	**310**		A5		**655**	
	4815	4915	**337**		60		**663**	
	4816	4916	**345**		A4800		**671**	
	A4800	19320	**361**		4800P		**680**	
	A4815	19321	**370**		4815P		**698**	
	A4852	19310 +19312	**400**		3920P		**701**	
					4816P		**710**	
	A4815	19322	**531**		3922P		**728**	
	4872	11430	**566**		9792P		**736**	
	3920	19332	**574**		4800P		**744**	
	3921		**582**		4800P		**752**	
	3922	11321	**590**		4800P		**760**	
	3924	11322	**604**		4802		**43**	
					1		**639**	

Histologische Voruntersuchung: ☐ **ja** ☐ **nein** **Nr.:**

Untersuchungsmaterial:



(1) oberflächlich
(6) Resektionsgrund

Klinische Angaben und Fragestellung:

Telef. Nachricht an | Telefon-Nr. | Datum | Arzt-Unterschrift

F87/05 · 10.2026 (ina) · UDO