

Name, Geburtsdatum und Anschrift des Patienten:

Eingangs-Nummer:

Untersuchungsantrag an

Prof. Dr. med. Gabriele Köhler
Institut für Pathologie



Klinikum Fulda

Pacelliallee 4, 36043 Fulda
Tel. (0661) 84-6351, Fax 0661) 84-6353

Eingangs-Datum:

Sektionsantrag

Voruntersuchungen (E-Nr.):

Todestag /-stunde:

Klinische Diagnose:

Daten aus der Krankengeschichte:

Fragestellungen:

Stempel

Telefonische Nachricht []

Datum

an Telefonnummer

Unterschrift des Arztes