Fachärztliche BAG
Zentrum für Pathologie Essen-Mitte
Dr. med. T. Ebel, PD Dr. med. S. Heikaus,
PD. Dr. med. F. Grabellus, Dr. med. A. Erler
Prof. Dr. med. S.-Y. Sheu-Grabellus
Sylviastr. 21 – 45131 Essen
Fon: 0201 437 94 0 – Fax: 0201 437 94 25
Mail: info@pathologie-essen.de

ZPEM
ZENTRUM FÜR PATHOLOGIE
ESSEN-MITTE

Antrag auf Zusatzuntersuchungen

☐ stationär ☐ ambulant
☐ Privatpatient
☐ Krankenkasse (Ü-Schein erforderlich!)

_____
Krankenversicherung

Wir bitten um die Durchführung von Zusatzuntersuchungen am Gewebe des Patienten/der Patientin:

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

_____

Geb.: _____

Nr.: _____
(histologische/zytologische Voruntersuchung)

Gewünschte Zusatzuntersuchung(en):

_____

_____

_____

Besondere Fragestellung, relevante klinische Angaben:

_____

Stempel

_____
Beantragender Arzt (in Druckbuchstaben)

_____
Datum/Unterschrift

_____
Tel.

Befund nachrichtlich an:

_____

Stand: 10.12.2025
Freigegeben: Dr. Ebel