

# Begutachtungsauftrag

## Patientendaten

Berufsausübungsgemeinschaft  
**PD DR. MED. J. PACKEISEN**  
**DR. MED. B. SCHULTE**  
Fachärzte für Pathologie



Tel.: (05401) 84244-0  
Fax: (05401) 8424429  
Rostocker Straße 5-7  
49124 Georgsmarienhütte

Postfach 60 45  
49093 Osnabrück

Krankenkasse                       Selbstzahler   
ambulant                                       stationär   
präventiv  :                                      belegärztlich   
Entnahme-Datum

**Einsendender Arzt**  
(Stempel)

Wurde bereits früher Gewebe untersucht (Wo, Wann, evtl. E.-Nr.):

Befundkopie an:

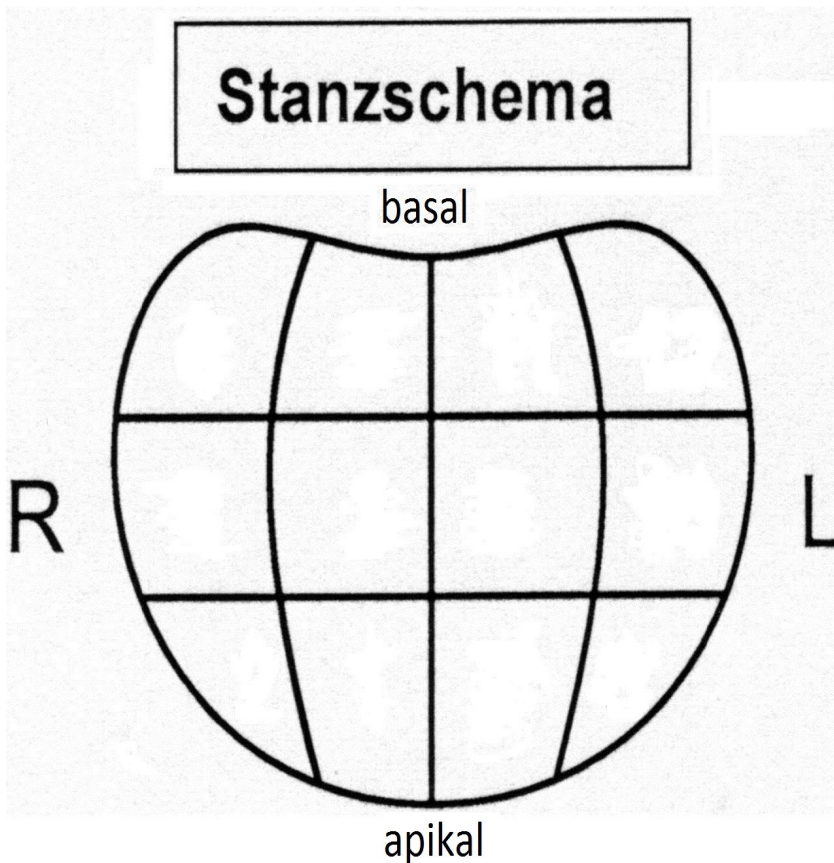
Art des Materials, Lokalisation:

Klinische Diagnosen, besondere Fragestellung

PSA Wert: .....ng/ml, Freier Anteil.....%

rechts

- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....



links

- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....