

# Begutachtungsauftrag

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

## Patientendaten

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:

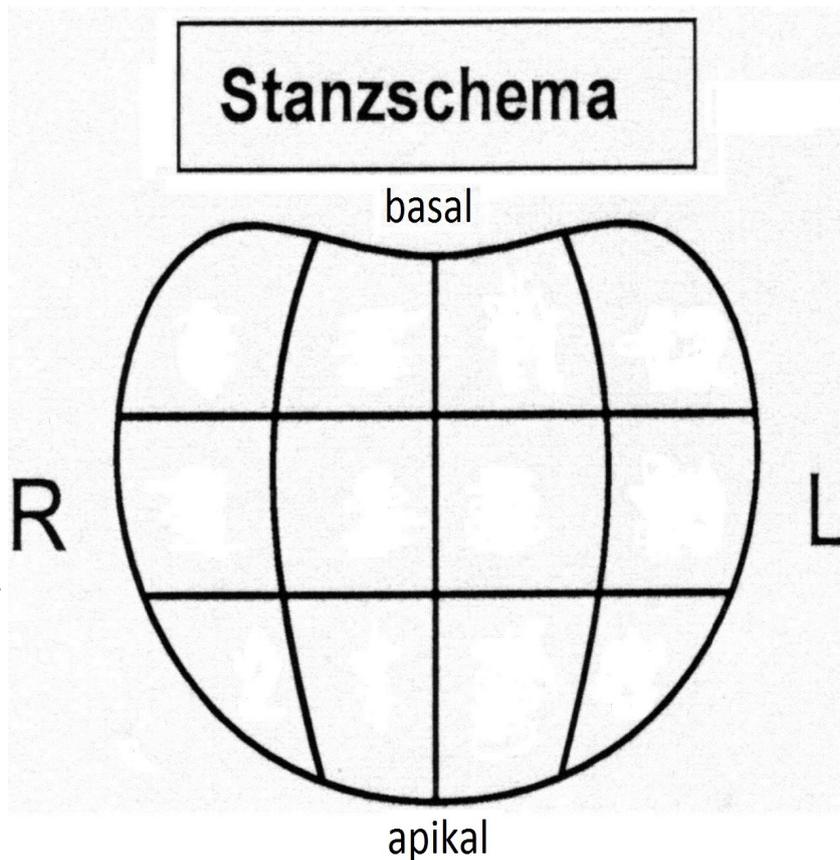
Klinische Diagnosen, besondere Fragestellung

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

rechts

links

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



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