



**Externe Zweitbegutachtung
histologischer / zytologischer Präparate**

Hiermit beantrage ich

(Name, Vorname, Geb.-Datum)*

das in Ihrem Institut Pathologie Hamburg-West vorhandene diagnostisch relevante
Untersuchungsmaterial von:

.....
(Patientenname, Untersuchungs-Nr.)*

zwecks Zweitbefundung an:

.....
(Name des Pathologen, Klinik / Institut / Praxis)*

.....
(Anschrift)

zu senden.

Mit der Kostenübernahme erkläre ich mich einverstanden

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift)

* Angabe unbedingt erforderlich

Anm.: Sind Auftraggeber/in und Betroffene/r nicht identisch, ist eine schriftliche
Vollmacht des/r Patienten/in beizufügen.