

Anforderung von externem Probenmaterial

Bitte per Fax an 0551/39-68627

<p>Patientendaten (Patientenaufkleber)</p> <hr/> <p>Name, Vorname</p> <hr/> <p>Adresse</p> <hr/> <p>Geburtsdatum</p>	<p>Versicherungsstatus (Bitte unbedingt ausfüllen!)</p> <p><input type="checkbox"/> Stationär</p> <p><input type="checkbox"/> Ermächtigung <small>(Bitte Ü-Schein einreichen!)</small></p> <p><input type="checkbox"/> ASV/§116b</p> <p><input type="checkbox"/> Privat</p> <p><input type="checkbox"/> Selbstzahler</p>
---	---

Fremdinstitut:
 (Kopie des auswärtigen histologischen Befundes beifügen!)

Eingangs-Nr.

Organ/Diagnose:

Fragestellung:

..... Datum Name Arzt Tel.-Nr. Pieper-Nr.

Einverständnis d. Patientin/en

Ich,, geb. am, bin damit einverstanden, dass das Institut für Pathologie der Universitätsmedizin Göttingen Probenmaterial (z. B. Schnittpräparate, Paraffinblöcke) und Befunde mit meinen persönlichen Daten von einem auswärtigen pathologischen Institut anfordert.

Ich bin damit einverstanden, dass diagnostisch notwendige Gewebeschnitte angefertigt und im Institut für Pathologie der Universitätsmedizin Göttingen aufbewahrt werden. Diese dürfen auch zu wissenschaftlichen Zwecken verwendet werden.

Ich bin auch damit einverstanden, dass Probenmaterial sowie Befunde mit meinen persönlichen Daten aus der UMG an einen weiteren Kollegen/Institut zur Mitbegutachtung verschickt werden.

..... Datum Unterschrift der(s) Patientin(en) oder des gesetzl. Vertreters