

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Antrag auf histo-/zytologische Begutachtung

Länderübergreifende Berufsausübungsgemeinschaft

Kassel | Eisenach | Papenburg

Standort Kassel

Institut für
Pathologie Nordhessen

PD Dr. med. B. Gunawan
PD Dr. med. E. Heinmöller
PD Dr. med. P. Middel
Prof. Dr. med. H.-U. Schildhaus
Dr. med. S. Ting

34065 Kassel · Postfach 41 03 17
34119 Kassel · Germaniastraße 7
Telefon 0561 / 50042-0 · Fax 50042-200
Befundauskunft: 0561 / 50042-124

- | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ambulant | <input type="checkbox"/> Vorsorge |
| <input type="checkbox"/> stationär | <input type="checkbox"/> § 115 |
| <input type="checkbox"/> privat | <input type="checkbox"/> IGEL |

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Eilbefund |
| <input type="checkbox"/> Schnellschnitt |

Tel.:

Diagnose / Begleiterkrankung / Laborwerte

ENTNAHMEDATUM/UHRZEIT:

Von Pathologie auszufüllen

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HE

IHC/MolPath
Datum/Kürzel/Vertreter

Sonderfärbung

Sonstiges

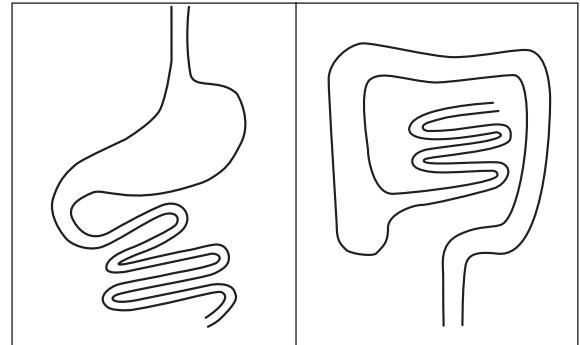
Rest

Makrotext (wird von der Pathologie ausgefüllt)

Barcode (von Pathologie)

Vertragsarztstempel

Eingangsdatum:

Material (Art, Entnahmestandort, etc.) / Fragestellung**Infektiöses Material**

z. B. HIV, Hepatitis, TBC, MRSA

 ja nein**Befundkopie** (bitte vollständige und gedruckte Adressangabe)

Annahme

Zuschnitt

Auflegen

Befunder

Immuno

Von Pathologie auszufüllen

