

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Antrag auf histo-/zytologische Begutachtung

Ländertübergreifende 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

Diagnose / Begleiterkrankung / Laborwerte

ENTNAHMEDATUM/UHRZEIT:

☐ Eilbefund  
☐ Schnellschnitt  
Tel.:

Von Pathologie auszufüllen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HE	<input type="checkbox"/>	IHC/MolPath	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonderfärbung	<input type="checkbox"/>	Datum/Kürzel/Vertreter	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstiges	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rest	<input type="checkbox"/>		
	Makrotext (wird von der Pathologie ausgefüllt)							

Barcode (von Pathologie)

Vertragsarztstempel

Eingangsdatum:

Material (Art, Entnahmeort, etc.) / Fragestellung

**Infektiöses Material**  
z. B. HIV, Hepatitis, TBC, MRSA

☐ ja    ☐ nein

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

Annahme	<input type="text"/>
Zuschnitt	<input type="text"/>
Auflegen	<input type="text"/>
Befunder	<input type="text"/>
Immuno	<input type="text"/>

Von Pathologie auszufüllen

