

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

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

Standort Kassel
Institut für
Pathologie Nordhessen



<input type="checkbox"/> ambulant	<input type="checkbox"/> Vorsorge
<input type="checkbox"/> stationär	<input type="checkbox"/> § 115
<input type="checkbox"/> privat	<input type="checkbox"/> IGE

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

