

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
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

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

Barcode (von Pathologie)

Vertragsarztstempel

Eingangsdatum:

Material (Art, Entnahme, etc.) / Fragestellung

Infektiöses Material z. B. HIV, Hepatitis, TBC, MRSA	Annahme <input type="text"/>	Von Pathologie auszufüllen
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Zuschnitt <input type="text"/>	
	Auflegen <input type="text"/>	
Befundkopie (bitte vollständige und gedruckte Adressangabe)	Befunder <input type="text"/>	
	Immuno <input type="text"/>	

