

| | | |
|--------------------------------|------------------|--------|
| 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

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:

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

Tel.:

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"/> | Sonderfärbung |
| <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"/> | Sonstiges |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Rest |

Makrotext (wird von der Pathologie ausgefüllt)

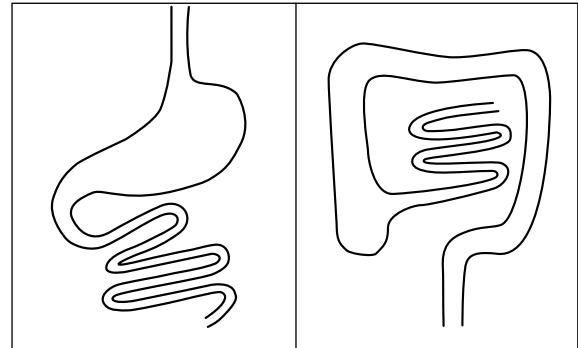
IHC/MolPath
Datum/Kürzel/Vertreter

Barcode (von Pathologie)

Vertragsarztstempel

Eingangsdatum:

Material (Art, Entnahme, 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

