

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

## Begutachtungsauftrag für histologische und zytologische Untersuchungen

Gemeinschaftspraxis  
 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

Pathologie Nordhessen



34065 Kassel · Postfach 41 03 17  
 34119 Kassel · Germaniastraße 7  
 Telefon 0561 / 50042-0 · Fax 50042-200  
 Befundauskunft: 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"/>	Immuno/Mol-Path Datum/Kürzel/Vertreter
	<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"/>	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

