

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.:

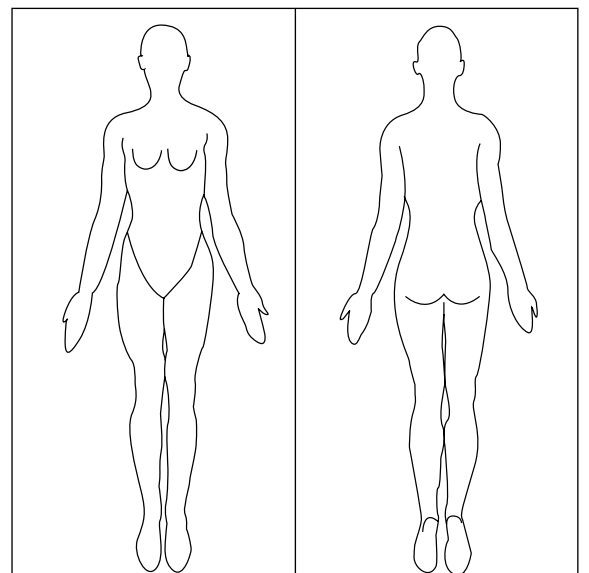
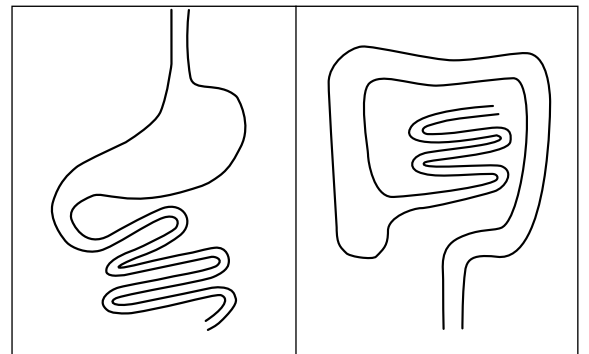
Von Pathologie auszufüllen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HE	<input type="checkbox"/>						
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonderfärbung	<input type="checkbox"/>						
	<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"/>						
<table border="1"> <tr> <th colspan="2">Immuno/Mol-Path</th> </tr> <tr> <th>Datum/Kürzel/Vertreter</th> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>							Immuno/Mol-Path		Datum/Kürzel/Vertreter			
Immuno/Mol-Path												
Datum/Kürzel/Vertreter												
<p>Makrotext (wird von der Pathologie ausgefüllt)</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px;"></div>												

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

Von Pathologie auszufüllen