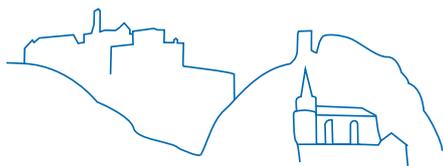


BEGUTACHTUNGS-AUFTRAG HISTOLOGIE / ZYTOLOGIE



Institut für Pathologie
IDAR-OBERSSTEIN

BAD KREUZNACH · HOMBURG · KAISERSLAUTERN · SAARLOUIS

Institut für Pathologie GbR, ÜBAG

Priv. Doz. Dr. med. Michael Härle

Prof. Dr. med. Yoo-Jin Kim*

Dr. med. Martina Knöß, MIAC

Dr. med. Per Knöß, MIAC

Dr. med. Bernd Neugebauer

Frau Adrienne Mayer

Herr Jens Krämer

und KollegInnen

Fachärzte für Pathologie

*Facharzt für Pathologie & Neuropathologie

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

Diagnose / Verdachtsdiagnose / Fragestellung **bitte ausfüllen**

Auftrag – Material (Art, Entnahme, Anzahl etc.) **bitte ausfüllen**

Dr.-Ottmar-Kohler-Straße 2

55743 Idar-Oberstein

Tel. 0 67 81-66 16 91

Fax 0 67 81-66 16 93

www.pathologie-gbr.de

info@patho-io.de

Vertragsstempel / Unterschrift des Arztes

Datum

vom Pathologen auszufüllen

Materialannahme	
Erfassen	
Zuschnitt	
Labor	
Pathologie	
Schnellschnitte	
Blöcke	
Ausstriche	
H&E	
PAS	
Alcian	
Eisen	
EvG/SR	
Giemsa	
Kongo	
Spezial	
Entkalkung	
Restmaterial	
Immunhistochemie	

BITTE UNBEDINGT ANKREUZEN:

AMBULANT <input type="checkbox"/>	REGELLEISTUNG <input type="checkbox"/>	SNELLSCHNITT <input type="checkbox"/>	Tel: _____
STATIONÄR <input type="checkbox"/>	ÄRZTLICHE WAHLEISTUNG <input type="checkbox"/>	EILEINBETTUNG <input type="checkbox"/>	
BELEGARZT <input type="checkbox"/>		FAXBEFUND <input type="checkbox"/>	Fax: _____

Befundkopie an: _____

Eingangs-Datum **vom Pathologen auszufüllen**

Leistungserfassung **vom Pathologen auszufüllen**