# BEGUTACHTUNGSAUFTRAG HISTOLOGIE / ZYTOLOGIE

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

Institut für Pathologie
BAD KREUZNACH
HOMBURG · IDAR-OBERSTEIN · KAISERSLAUTERN · SAARLOUIS


**Institut für Pathologie GbR, ÜBAG**

Dr. med. Martina Knöß, MIAC
Dr. med. Per Knöß, MIAC
Dr. med. Bernd Neugebauer
Priv. Doz. Dr. med. Michael Härle
Prof. Dr. med. Yoo-Jin Kim*
Frau Adrienne Mayer
Herr Jens Krämer
und KollegInnen

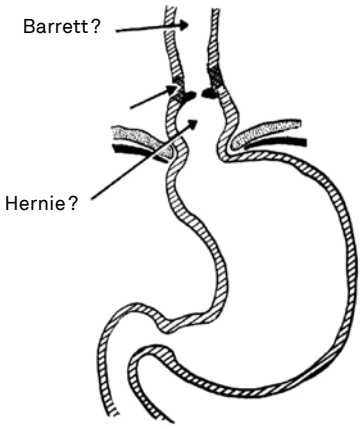
Fachärzte für Pathologie
*Facharzt für Pathologie & Neuropathologie

Im Schönefeld 1
**55543 Bad Kreuznach**
Tel. 0671-73031
Fax 0671-76978
www.pathologie-gbr.de
info@patho-bk.de


Diagnose / Verdachtsdiagnose/Fragestellung bitte ausfüllen

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

**BITTE ENTNAHMELOKALISATION EINTRAGEN**



| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Z. N. HP-ERADIKATION | ☐ | COLITIS ULCEROSA | ☐ | **POLYPABTRAGUNG / MUKOSEKTOMIE** | |
| PPI-THERAPIE | ☐ | MORBUS CROHN | ☐ | TEILENTFERNUNG | ☐ |
| NSAR | ☐ | ISCHÄMIE | ☐ | VOLLSTÄNDIGE AB. | ☐ |
| SPRUE | ☐ | RADIO/CHEMO | ☐ | PROBEBIOPSIE | ☐ |

**BITTE UNBEDINGT ANKREUZEN:**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| AMBULANT | ☐ | REGELLEISTUNG | ☐ | SCHNELLSCHNITT | ☐ Tel: _____ |
| STATIONÄR | ☐ | ÄRZTLICHE WAHLLEISTUNG | ☐ | EILEINBETTUNG | ☐ |
| BELEGARZT | ☐ | | | FAXBEFUND | ☐ Fax: _____ |

Befundkopie an: _____

Eingangs-Datum vom Pathologen auszufüllen

Leistungserfassung vom Pathologen auszufüllen

Vertragsstempel / Unterschrift des Arztes

Datum

| vom Pathologen auszufüllen | |
|---|---|
| Materialannahme | |
| Erfassen | |
| Zuschnitt | |
| Labor | |
| Pathologe | |
| Schnellschnitte | |
| Blöcke | |
| Ausstriche | |
| H&E | |
| PAS | |
| Alcian | |
| Eisen | |
| EvG/SR | |
| Giemsa | |
| Kongo | |
| Spezial | |
| Entkalkung | |
| Restmaterial | |
| Immunhistochemie | |