

# BEGUTACHTUNGS-AUFTRAG HISTOLOGIE / ZYTOLOGIE



## 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**

Abradat   
  Konus   
  Hysterektomie   
  Adnexektomie   
  Vulvaexcidat  
 Abklärungskolposkopie mit Biopsie   
  Plazenta   
  Fetus (m/w) \_\_\_\_\_  
 Fadenmarkierung \_\_\_\_\_ Uhr

Gynäkologische Anamnese:

SSW \_\_\_\_\_ Zyklustag \_\_\_\_\_   
 Postmenopause   
 Hormontherapie

IUP   
 IUFT   
 PAP-Gruppe \_\_\_\_\_

Obduktion erwünscht und Einwilligung der Eltern liegt vor (bitte beifügen)

### 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**

Glockenstraße 54  
67655 Kaiserslautern

Tel. 06 31-89 29 60

Fax 06 31-89 29 621

www.pathologie-gbr.de

info@patho-kl.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	