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

BEGUTACHTUNGSAUFTRAG HISTOLOGIE / ZYTOLOGIE



 $\texttt{BAD} \; \mathsf{KREUZNACH} \cdot \mathsf{HOMBURG} \cdot \mathsf{IDAR}\text{-}\mathsf{OBERSTEIN} \cdot \mathsf{KAISERSLAUTE}$

Institut für Pathologie GbR, ÜBAG

Frau Adrienne Mayer Herr Jens Krämer ned. Michael Härle na Knöß, MIAC nöß, MIAC Neugebauer ′oo-Jin Kim*

nologie nologie & Neuropathologie

ERN	Dr. med. Martina Knöß, MIAC Dr. med. Per Knöß, MIAC Dr. med. Per Knöß, MIAC Dr. med. Bernd Neugebauer Prof. Dr. med. Yoo-Jin Kim* und Kolleginnen Fachärzte für Pathologie *Facharzt für Pathologie & Neuropatholog
	Zeughausstraße 7 66740 Saarlouis Tel. 06831-49636 Fax 06831-460274 www.pathologie-gbr.de info@patho-sls.de
	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

Diagnose/Verdach	ntsdiagnose/Fragestellung bitte ausfüller	1	
	l (Art, Entnahme, Anzahl etc.) bitte ausfül		
BITTE ENTNA	AHMELOKALISATION EINTRA	AGEN	
	PRÄPARAT	SKIZZE	
	kranial	kranial	
			\
lateral	medial	medial	lateral
			/
RECHTS	kaudal	kaudal	LINKS
FADENMARKI	ERUNGEN:		
DOPPELT	LANG = MAMILLENNAH	EINFACH LANG = PERIPHER	
DOPPELT	KURZ = THORAXWANDFERN	ANDERE:	
BITTE UNBE	DINGT ANKREUZEN:		
AMBULANT [REGELLEISTUNG	SCHNELLSCHNITT Tel:	
STATIONÄR [ÄRZTLICHE WAHLLEISTUNG	EILEINBETTUNG	
BELEGARZT [FAXBEFUND Fax:	
Befundkopie an:			

Eingangs-Datum vom Pathologen auszufüllen

Leistungserfassung vom Pathologen auszufüllen