

BEGUTACHTUNGS-AUFTRAG HISTOLOGIE / ZYTOLOGIE



Institut für Pathologie GbR, ÜBAG

Priv. Doz. Dr. med. Michael Härle

Prof. Dr. med. Yoo-Jin Kim*

Dr. med. Martina Knöb, MIAC

Dr. med. Per Knöb, MIAC

Dr. med. Bernd Neugebauer

Frau Adrienne Mayer

Herr Jens Krämer

und KollegInnen

Fachärzte für Pathologie

*Facharzt für Pathologie & Neuropathologie

Glockenstraße 54

67655 Kaiserslautern

Tel. 06 31-89 29 60

Fax 06 31-89 29 621

www.pathologie-gbr.de

info@patho-kl.de

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*

PSA:	PSA-VERLAUF:
PSA-QUOTIENT:	TASTBEFUND:
PROSTATAVOLUMEN:	
APICAL RECHTS	APICAL LINKS
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LATERAL RECHTS	LATERAL LINKS
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MEDIAL RECHTS	MEDIAL LINKS
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BASAL RECHTS	BASAL LINKS
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vertragsstempel / Unterschrift des Arztes

Datum

<i>vom Pathologen auszufüllen</i>	
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*