

# BEGUTACHTUNGS-AUFTRAG HISTOLOGIE / ZYTOLOGIE



**Institut für Pathologie GbR**  
 Dr. med. Martina Knöb, MIAC  
 Dr. med. Per Knöb, MIAC  
 Dr. med. Bernd Neugebauer  
 Priv. Doz. Dr. med. Michael Härle  
 Dr. med. Axel Gauer, MIAC  
 Prof. Dr. med. Yoo-Jin Kim\*  
 Frau Adrienne Mayer  
 Herr Jens Krämer  
 Dr. med. Ute Stein (ang.)  
 Fachärzte für Pathologie  
 \*Facharzt für Pathologie & Neuropathologie  
**Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft**

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**

**BITTE ENTNAHMELOKALISATION EINTRAGEN**

Z. N. HP-ERADIKATION

PPI-THERAPIE

NSAR

SPRUE

COLITIS ULCEROSA

MORBUS CROHN

ISCHÄMIE

RADIO/CHEMO

**POLYPABTRAGUNG /  
MUKOSEKTOMIE**

TEILENTFERNUNG

VOLLSTÄNDIGE AB.

PROBEBIOPSIE

Im Schönefeld 1  
**55543 Bad Kreuznach**  
 Telefon 06 71.7 3031  
 Telefax 06 71.7 6978  
 www.pathologie-gbr.de  
 info@patho-bk.de

Vertragsstempel / Unterschrift des Arztes

Datum

vom Pathologen auszufüllen	
Materialannahme	
Erfassen	
Zuschnitt	
Labor	
Pathologe	
Schnellschnitte	
Blöcke	
Ausstriche	
H&E	
PAS	
Alcian	
Eisen	
EvG/vG	
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**