

BEGUTACHTUNGS-AUFTRAG HISTOLOGIE / ZYTOLOGIE



ÜBAG Institut für Pathologie GbR
 Standort Bad Kreuznach
 474701400
 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
 Dr. med. Ute Stein (ang.)
 Dr. med. (RO) Adriana Nistor (ang.)
 Herr Kai Emrich (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**

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

Im Schönefeld 1
55543 Bad Kreuznach
 Telefon 06 71.7 30 31
 Telefax 06 71.7 69 78
 www.pathologie-gbr.de
 info@patho-bk.de

Vertragsstempel / Unterschrift des Arztes

vom Pathologen auszufüllen	
Materialannahme	
Erfassen	
Zuschnitt	
Labor	
Pathologe	
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"/>	SCHNELLSCHNITT <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: _____			

Eingangsdatum **vom Pathologen auszufüllen**

Leistungserfassung **vom Pathologen auszufüllen**