

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**

STRUMA

NODOSA

DIFFUSA

LI RE BDS

AUTOIMMUN

HASHIMOTO

BASEDOW

DE QUERVAIN

MEN1

MEN2A

MEN2B

PHPT

SHPT

THYREOSTATIKA

DIALYSE

CALCITONIN ↑

Im Schönefeld 1
55543 Bad Kreuznach
 Telefon 0671.73031
 Telefax 0671.76978
 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/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**